Eina kartą per mėnesį | 1933 m. | XIV METAI

Nr. 4. | Balandžio mėn. | Nr. 4.

MEDICINA

LAIKRAŠTIS, SKIRIAMAS MEDICINOS TEORIJOS IR PRAKTIKOS REIKALAMS, TAIP PAT GYDYTOJŲ PROFESINIAMS REIKALAMS.

LEIDŽIA: V. D. Univ-to Medicinos Fakultetas ir Kauno Medicinos Dr-ja

Redaktorius **D-ras J. Staugaitis.**

Redakc.-Admin. adr.: KAUNAS, Mickevičiaus g. Nr. 11-a, b. 4, telef. 15-07.

SKELBIMŲ KAINA: 75 — 100 litų puslapiui.

PRENUMERATOS KAINA: metams 40 litų, pusei m. 20 litų.

Šio numerio kaina 4 lit.

MEDICINA

žurnalas, skiriamas medicinos teorijos ir praktikos reikalams.

XIV met. | 1933 m. Balandžio mėn. | Nr. 4

Prof. Al. Hagentornas.

Kovos su vėžiu klausymu.

Tuo metu, kai su įvairiomis tautos sveikatą ardančiomis ligomis, pavyzdžiui, su džiova, jau seniai pradėta kovoti, kova gi su vėžio liga pradėta daug vėliau. Nors jau daug metų yra praėję, kai ekzistuoja įvairiuose kraštuose specijalių vėžiui tirti institutų, kai gydytojai ir mokslininkai visomis jėgomis stengiasi nugalėti šitą žmonių žudytoją, tačiau systeminga, organizuotoji kova su vėžiu visame civilizuotame pasaulyje tepradėta tik paskutiniuoju metu.

Tokio vėlyvo susirūpinimo priežastis buvo, tur būt, ta aplinkybė, kad ne tik negydytojų tarpe vyrauja nuomonė, jog vėžio liga yra nepagydoma, bet ir patys gydytojai žiūri į vėžiu sergančio išgijimą labai pesimistiškai. Šitą pesimizmą, ypač gydytojų sluogsniuose, reikia laikyti didžiausia kliūtimi kovojant su vėžiu. Todėl apie tat kalbėsiu smulkiau.

Vėžio gydymas reikia laikyti tikrai mažai dėkingu uždaviniu. Vėžio gydymas reikalauja iš gydytojo daug mokėjimo ir atsidėjimo, o iš ligonio daug drąsos ir kantrumo, ir vis dėlto vėžio liga dažnai pašiepia visas mūsų pastangas.

Tačiau būtų neteisinga tvirtinti, kad, ilgus šimtmečius kovojant su vėžiu, gydytojų menui nebūtų pavykę nieko pasiekti. Bent apie kaikurias, ypač išorines, vėžio formas, kurios palyginti anksti galima pažinti, galima pasakyti, kad šiandien pasiekiama žymių išgijimo rezultatų, kad didoka šitų ligonių dalis pagydoma.

Šita proga negaliu nepaminėti paskutinės Liek'io knygos: „Krebsverbreitung, Krebsbekämpfung, Krebsverhütung“, kuri, matyti, yra labai išsiplatinusi. Ypač šiuo momentu, kai visame civilizuotame pasaulyje naujomis jėgomis pradėta kovoti su vėžiu, šitoji knyga gali padaryti daug žalos. Visai atjaučiant Liek'į, kad jis. ypač šiuo sumaterijalėjusiu laiku, pabrėžia gydytojo verslo doriškąją ir meniškąją reikšmę, vis dėlto negalima sutikti su tuo vėžio gydymo nihilizmu, kurį jis skelbia savo knygoje. Be abejo, jis tuo nedaro naudos nei sau nei kenčiančiai

žmonijai. Visai nemanau rašyti Liek'io knygos kritikos, tačiau negaliu nepaliesti tų klausymų, kurie turi reikšmės mano temai. Niekas negali neigti protingos gyvatos naudos, kaip kad tat rekomenduoja Liek. Šiuo metu panašios pažiūros jau plačiai priimtos ir, be tam tikrų ekstreminių pritaikymo būdų, bendrai pripažintos naudingos. Tačiau sunkiau prileisti, kad vien tuo būdu galima pasiekti sėkmingos vėžio profilaktikos. O taikant šitą „profilaktiką" Liek'iui tikrai nepavyks vėžio visai išnaikinti. Vėžio susirgimų vis tiek bus. Kaip turi veikti Liek'io terapinis nihilizmas šituos nelaiminguosius? Ar jie neturi visai nusiminti? Ar toks „vėžio nihilizmas" nebus žalingesnis negu „vėžio baimė", nuo kurios Liek ir kiti taip uoliai perspėja?

Smerkdamas kitus chirurgus, kad jie sudaro nepatikimas, „frizūruotas" statistikas, Liek pats įkrinta į priešingą klaidą, atvaizduodamas vėžio gydymo rezultatus kaip tik galima pesimistiškiausiai.

Paimsime, pavyzdžiui, krūties vėžį. Visur pripažintoji Steintal'io statistika suskirsto vėžio susirgimus į tris stadijas, iš kurių pirmoji stadija (aprėžtas, paslankus, apdengtas normalia oda auglys, neturįs apčiuopiamų lymfos liaukų metastazių), anot Steintal'io, duodanti apie 75% tikrų išgijimų, tuo tarpu trečioji stadija tokių išgijimu teduodanti mažiau kaip 10%. Galima neigti toks didelis pirmojo laipsnio krūtinės vėžio išgijimo procentas; bet kurios prasmės yra bendras krūties vėžio išgijimo procentas laikyti apie 30% arba net apie 10%, kaip tat Liek kitoje vietoje daro. Tokios iš visų gydytųjų atsitikimų sudarytosios statistikos, suprantama, jokios vertės neturi dėl to, kad jos visai neišaiškina to, kas galima pasiekti, **jeigu gydymas laiku, pakankamai anksti, atliekamas.**

Reikia prileisti, kad, kas apie krūties vėžį pasakyta, turi reikšmės ir kitoms vėžio formoms, ypač lūpų ir gimtuvės vėžiams. Apie odos vėžį tyčia nekalbu dėl to, kad jis, apskritai, duoda palyginti labai gerą prognozę.

Dėl vidaus organų vėžio vis iš naujo nurodoma, kad jų gydymo rezultatai negerėja, nors tyrimo būdai yra patobulinti. Bet visai nekalbama apie tat, ar gydytojai ir ligoniai šituos patobulintus tyrimo būdus laiku ir pakankamai dažnai naudoja. Dėl to, kad tat, apskritai, nedaroma, šiuo metu negalima spręsti, kas galima šituos vėžius gydant pasiekti.

Norint vėžio gydymo rezultatai teisingai įvertinti, nereikėtų pamiršti ir tos aplinkybės, kad vėžys yra senatvės susirgimas. Sunku reikalauti, kad operuotieji, turį apie 60 m. amžiaus, ligoniai po operacijos vidutiniškai dar gyventų 10—20 metų. Čia priskirti jauno amžiaus vėžio susirgimai neleistina. Dėl savo ypatingo piktybingumo jie sudaro visai atskirą grupę, ir todėl, kalbant apie vėžio gydymo bendrus rezultatus, jie reikia visai išskirti.

Vėžio gydymo kritikai dažnai dar nurodo tat, kad vietinis vėžio gydymas neturįs prasmės, nes vėžys esąs bendras viso kūno susirgimas. Auglį pašalinus vis tiek palieką palinkimas vėžiu susirgti (Krebsbereitschaft). Suprantama, būtų labai malonu, jeigu būtų galima kartu pašalinti ir šitas palinkimas susirgti, bet, deja, apie tat šiuo laiku negali būti kalbos. Bet kyla klausymas, ar su kitais susirgimais yra kitaip? Ar tuberkuliozė nesudaro tokio pat palinkimo susirgti, kurio taip pat negalima vietine operacija pašalinti? Tuomet būtų neleistina tuberkuliozinis sąnarys rezekuoti arba pašalinti tuberkuliozinis inkstas. Pagaliau, reikia su tuo sutikti, kad, apskritai, sunku būtų nustatyti tikra riba tarp vietinio ir bendro kūno susirgimo. Ar turi vietinė terapija prasmės ar ne, apie tat gali spręsti tik kliniškas prityrimas, ir šitas prityrimas mums rodo, kad, bent tam tikrą vėžio auglių kiekį pašalindami, mes galime gauti gerų išgijimo rezultatų. Nors šitie rezultatai, reikia pripažinti, palyginti, tėra kuklūs, vis dėlto jie įrodo, kad vėžio gydymo terapinis nihilizmas neturi pagrindo. L i e k, propaganduodamas tokias pesimistiškas pažiūras, imasi didelio atsakingumo ir apsunkina jau be to sunkią, bet būtinai reikalingą, kovą su vėžiu.

Kaip jau esu nurodęs, vėžio gydymas gydytojui tėra mažai dėkingas uždavinys, ir tikrai nėra nė vieno chirurgo, kuris nesuprastų, kaip toli operatiškas vėžio gydymas yra nutolęs nuo idealo, ir kuris nejaustų didelio palengvinimo, galėdamas atsisakyti nuo šito vėžio gydymo būdo. Bet iki kol operatiškas vėžio gydymas už kitus gydymo būdus vis dar tebėra tikresnis ir geresnis, chirurgas turi atlikti šitą sunkią priedermę, turi su peiliu kovoti su vėžiu ir nieko nepraleisti, kas galėtų pagerinti operatiško gydymo rezultatus. Be to, šiandien, kada gydymas spinduliais yra pasiekęs jau žymių rezultatų, gydytojo uždavinys pasidarė kiek lengvesnis. Jis nevisuomet turi patarti savo ligoniui operaciją, o kaikada gali jam pažadėti išgydymą ir nepadarius operacijos. Jis ir apleistais atsitikimais gali grąžinti savo ligoniui viltį. Nekalbant jau apie abiejų gydymo būdų indikaciją — operacija arba spinduliais, reikia pripažinti gydymui spinduliais pirmenybė ta prasme, kad ligonis daug lengviau ir greičiau sutinka šituo būdu būti gydomas.

Jau esu turėjęs progos nurodyti, kad kaikurie autoriai, bijodami sukelti vėžio baimę, pasisako prieš švietimo propagandą apie vėžio susirgimą negydytojų tarpe. Man rodos, kad šitas bijojimas yra perdaug išpūstas. Tiek visur, tiek ir čia viskas pareina nuo to, kaip šitas dalykas esti atliekamas. Jeigu gydytojui pasiseka apgauti savo ligonis, sergąs nepagydomu vėžiu, iki jo mirties, slepiant jo tikrą susirgimą (K r e c k e: Der Arzt und seine Kranken. 131 p.), tai galima prileisti, kad gydytojui ir pavyks padėti ligoniui nugalėti vėžio baimė. Pagaliau viskas pareina nuo psychiško prisitaikymo. Jeigu masė priprastų manyti, kad vėžys yra dažnas susirgimas, kad jis dažnai išsirutuliuoja beveik be

jokių reiškinių, kad jis galima nugalėti tik anksti jį pažinus ir gydant ir kad tam reikalinga dažnas organizmo tyrimas, tuomet šitos minties įsigalėjimas geriausiai nugalėtų vėžio baimę. Ar mes visi nepriprantame manyti, kad mirti vistiek kada - nors reikės, o vis dėlto nenustojame noro džiaugtis savo gyvenimu? Negalima abejoti, kad kovos su vėžiu pažanga visų pirma pareina nuo to, kiek pavyksta išvengti gydymo pavėlavimo. Susitaikinti su visur pripažintu faktu, kad apie 2 trečdaliu vėžio susirgimų patenka pas gydytoją pavėlavę, reikštų visai atsisakyti nuo kovos su vėžiu. Priešingai, jau ir šitas faktas nurodo, kur reikia nukreipti veikimas. Pagaliau, gydytojas turi išsiaiškinti, ko jis nori: arba, visai atsisakyti kovojęs su vėžiu ir pasitenkinti, jeigu jam pavyksta kiek galint ilgiau apgaudinėti ligonis, slepiant jo tikrą susirgimą; arba šitai kovai panaudoti visos galimos priemonės. Kad tokia priemonė yra ligonių švietimas, apie tat negalima abejoti. Jeigu moteris žino, kad ir po mėnesinių kraujo pasirodymas yra įtartinas dalykas ir reikalinga kuogreičiausiai kreiptis į gydytoją; jeigu žmogus, kuris visuomet galėjęs visko valgyti, nustojęs apetito, žino, kad šito reiškinio negalima palikti nepastebėto, — tuomet tat turi didelės reikšmės ligai anksti pažinti. Nuo šito ginklo atsisakyti vien dėl to, kad nesukeltume vėžio baimės, nebūtų naudinga. Kiekvienos ligos baimė gali sukelti psychinių sukrėtimų, ir ištikrųjų tat dažnai atsitinka dėl džiovos, syfilio ir t. t. baimės, bet niekam neateina į galvą dėl to nepatarti tam tikro atsargumo ir tam tikrų priemonių pritaikinimo. Be abejo, vėžys yra daug sunkesnis susirgimas kaip džiova, bet tat negali būti kliūtis visokiais būdais stengtis, kaip galint anksčiau jis pažinti, o šitai pasiekti be ligonio aktyvaus dalyvavimo neįmanoma.

Žymus chirurgas, rodos, Billroth, yra pasakęs: „Mūsų kelias eina per lavonus", ir nuo Billroth'o laikų chirurgijos išsirutuliavimas įrodė šitų drąsių žodžių teisingumą. Tebus leistina pasakyti: „mūsų kelias turi eiti per vėžio baimę", jeigu tat būtinai reikalinga. Bet, ačiū Dievui, šitas pavojus yra labai perdėtas ir su juo kovoti netaip jau sunku.

Be to, reikia sutikti, kad ligonių švietimas yra tik vienas ir nesvarbiausias ginklas kovojant su vėžiu. Svarbiausia gi yra šitai kovai mobilizuoti gydytojai, sukelti jų susidomėjimas, užuojauta ir parėmimas, o taip pat ir nurodyti praktiškieji šitos kovos galimumai. Šitam tikslui pasiekti niekas taip negali kliudyti, kaip kad terapinio nihilizmo propaganda ir peruolus įspėjimas saugotis vėžio baimę sukelti. Visiems pesimistams, skeptikams ir, visų pirma, tinginiams labai patogu šituo pylimu apsitverti.

Šitokios pastabos, man rodosi, yra neišvengiamos, nes nuolat sutikdavau literatūroj aukščiau minėtų prieštaravimų; tą patį girdėdavau po savo pranešimų mūsų gydytojų draugijose.

Be operatiško ir spinduliais gydymo, apie kitus vėžiui gydyti pasiūlytuosius būdus aš tyčia čia nėsu kalbėjęs. Elektrokoagulia-

cijos gydymas iki šiol reikia laikyti operatiškojo gydymo varijacija, o kiti vėžio gydymo būdai yra tiek abejotini, kiek jų skaičius yra didelis.

Taip pat aš nėsu kalbėjęs apie vadinamą savaiminį vėžio išgijimą (Selbstheilung). Visi šitie stebėjimai labai netikri ir, taip reti, kad jie jokiu būdu negali turėti įtakos bendrai vėžio susirgimo prognozei.

Visa, kas iki šiol pasakyta, mano nuomone, duoda teisės pagrindinius kovos su vėžiu klausymus nagrinėti šiuo būdu:

1) *Ar nors tam tikras vėžio susirgimų kiekis pagydomas?*

Atsakyti į šitą klausymą tegalima tik teigiamai. Tuo būdu vėžys nėra nepagydomas susirgimas ir kova su juo yra ne beviltiška.

2) *Ar ankstyvas vėžio gydymas padidina išgijimų skaičių?*

Ir į šitą klausymą atsakymas tegali būti tik teigiamas. Pakankamai tat įrodyta išorinėms vėžio formoms, ypač krūties vėžiui.

Šitam faktui neprieštarauja, kad yra tam tikrų vėžio formų, kurių prognozė yra beveik visai beviltė. Tat yra tokios formos, kurios jau iš pradžių auga be aiškių ribų, infiltruodamos, ypač jauniems subjektams. Tos formos, kaip jau esu nurodęs, sudaro visai atskirą grupę, kuri reikia išskirti iš bendros taisyklės.

3) *Ar viskas padaroma, kas galima padaryt, kad vėžio liga būtų anksti pažinta ir kad ligoniai laiku būtų pradėti tiksliai gydyti?*

Atsakymas tegali būti tik neigiamas.

Ir ligoniai ir gydytojai šita prasme nėra be kaltės. Kad mūsų krašte taip yra, galiu tvirtinti pasirėmęs savo, kaip chirurgo, 28 metų stebėjimais apie vėžio susirgimus mūsų krašte. Bet ir užsieniuose, Vakarų Europoje, šitas reikalas nedaug geresnis.

Nors išorinių vėžio formų, ypač krūties vėžio, galima pripažinti tam tikras pagerėjimas. Bet tat visai negalima tvirtinti apie vidaus vėžio formas, ypačiai virškinamojo trakto vėžį.

Jau daug metų, berinkdamas anamnėzes, aš stengiuosi išaiškinti, kada ligonis pajautė pirmuosius susirgimo reiškinius, kada pirmą kartą buvo pas gydytoją, kada pirmą kartą yra atlikti reikalingieji tyrimai. Atmetus tą susirgimų skaičių, kada vėžys išsirutuliuoja visai slaptai, arba kai gydytojas laiku atliko reikalingus tyrimus ir ligoniui patarė kas reikalinga, reikia pripažinti, kad lieka dar didelis atsitikimų skaičius, kada nei ligonis nei gydytojas apie vėžio išsirutuliavimo galimumą laiku nebuvo pagalvoję. Truputį daugiau vėžio baimės čionai nepakentų. Nėsant tinkamų sąlygų, yra neįmanoma atlikti komplikuotų tyrimų. Bet vis tiek iš kiekvieno gydytojo galima reikalauti, kad jis, pats negalėdamas atlikti reikalingų tyrimų, nusiųstų ligonį ten, kur tat būtų padaryta. Didesniame mieste tat visuomet bus be ypatingu sunkumų atlikta. Be to, iš kaimo gydytojo nebūtų per daug pareikalauta, kad tą ligonį, kurį įtaria turint vėžį, rūpes-

tingai stebėtų, tirtų systemingai mėšlą, ar ten yra kraujo pėdsakų, tikrintų kūno svorį, tirtų skrandžio sunką ir, įtarimui didėjant, patartų tyrimą rentgeno spinduliais pas p r i t y r u s į rentgenologą.

Kad lengviau būtų galima išmatų kraujo tyrimas k a r t o t i n a i atlikti, patartina ligoniui ilgesnį laiką, apie 2 savaites, nevalgyti nei mėsos nei žuvies, ir šituo laiku, ne rečiau kaip kas antra diena, reikia tirti mėšlas, ar yra kraujo pėdsakų*). Skrandžio sunka galima tirti 2—3 savaičių laikotarpiais, taip pat — kūno svoris ir hėmoglobino kiekis. Bet, suprantama, ir šitie tyrimai būtinai reikalinga kartotinai daryti, tam tikrais laikotarpiais. Visa tat, suprantama, reikalinga daryti tik tokiais atsitikimais, kai pirmasis tyrimas dar neduoda pakankamo pagrindo siųsti ligonį pas rentgenologą arba net pas chirurgą.

Šitie nurodymai gali būti tik tam tikras šablonas. Gydytojas, susidomėjęs šituo klausymu, lengvai gali pritaikinti, pavyzdžiui, skrandžio sunkos tyrimo varijacijas arba moderniškus, tobulesnius tyrimo būdus.

Tiriant mėšle kraujo pėdsakus, nereikia pamiršti apie var. haemorrhoid. ir panašių. Taip pat gydytojas turi kiekvienu krūties, liežuvio ir t. t. auglių atsitikimu, jei abejoja, ar čia esama karcinomos, patarti ekscizija histologiškam auglio tyrimui.

Bet būtinai reikia pabrėžti, kad svarbiausias dalykas yra n u o l a t i n i s i r r ū p e s t i n g a s l i g o n i o s t e b ė j i m a s. Ypač šitoji aplinkybė iš naujo įrodo, kiek didelės reikšmės kovojant su vėžiu turi gydytojo praktiko parėmimas.

Tik tuomet, kai viskas, kas reikalinga vėžiui anksti pažinti, bus padaryta, ir vis dėlto rezultatai nepagėrės, tada skeptikai ir pesimistai turės žodį. Bet nuo to mes iki šiol dar esame labai toli. Dėl to ir negalima neigti —

4) *Ar galima sėkmingai kovoti su vėžiu ta prasme, kad būtų pasiektas ligšiolinių rezultatų pagerejimas?*

Reikia prileisti, kad mažiau galima tikėtis iš operacijų technikos tolimesnio patobulinimo, nors ir čionai paskutinis žodis dar nepasakytas. Priešingai, spindulių pritaikymas vėžiui gydyti kulminacijos taško dar nėra pasiekęs, o visų pirma pažangos reikia tikėtis iš ankstyvosios dijagnozės. Ar ateis kada-nors laikas, kai geresnis vėžio ėtijologijos pažinimas sudarys ir tikresnį terapijos pagrindą, apie tat šiuo laiku spręsti negalima.

Kyla dabar klausymas, kaip kova su vėžiu organizuoti?

Mes turime atlikti tris praktiškus kovos su vėžiu uždavinius, k. a.:

1) *Ankstyvasis vėžio susirgimo pažinimas ir jo gydymui perdavimas.*

2) *Tikslus gydymo atlikimas.*

---

*) Šitam tikslui labai patogu vartoti Benzidin - Tabl Merk - Darmstadt. Vartojimo būdas labai paprastas, prie kiekvienos dėžutės pridėtas.

3) *Rūpestinga gydymą baigus kontrolė.*

Pirmam uždaviniui pasiekti reikia paveikti ligoniai ir gydytojai.

Apie ligonių švietimą ir apie vėžio baimę aš jau esu kalbėjęs pasisakydamas, kad dėl pastarosios atsisakyti nuo pirmo neleistina.

Kuriuo būdu ligonių švietimas bus atliekamas, ar propagandos lapais, ar brošiūromis, ar viešomis paskaitomis, principinio skirtumo nesudaro. Bet svarbu, kad, kartu su susirgimų dažnumo ir slapto jų išsirutuliavimo nurodymu bei su pirmųjų reiškinių aprašymu, būtų įtikinančiai nurodoma, kad anksti pažintas vėžys yra pagydomas. Taip pat jau esu nurodęs, kad svarbiau negu ligonių švietimas yra pasiekti kaip galint platesnės gydytojų paramos šitam darbui. Be gydytojo pagelbos ir ligonių švietimas šitai kovai negali duoti geistinų rezultatų; tik gydytojo įtaka gali įspėti ligonį, kad jis nepatektų į vėžio baimę, ir tik gydytojas tegali apsaugoti ligonį nuo psychiško sukrėtimo. Bet kiek gydytojas turi stengtis savo ligonį apsaugoti nuo perdidelės vėžio baimės, tiek jam, gydytojui, šitoji baimė bus naudinga. Kovos su vėžiu propaganda turi pasiekti, kad kiekvienas gydytojas visuomet bijotų nepastebėjęs praleisti savo ligoniui vėžio susirgimą. Šitas tvirtinimas gali pasirodyti perdėtas. Bet jei kas, būdamas chirurgu, turėjo progos per daugelį metų stebėti užleistus vėžio susirgimus, kai, pavyzdžiui, ligonis, turįs carcinoma recti, yra buvęs pas daugelį gydytojų, bet nė vienas iš jų netyrė jo digitališkai, jau nekalbant apie kitus tyrimo būdus, arba vėl ligonis, turįs carcinoma ventriculi, kurio skrandžio sunka nebuvo ištirta ir t. t.,—tas, gal būt, ir sutiks su šituo tvirtinimu.

Nepakanka tik sukelti gydytojui baimės vėžio susirgimo nepastebėti, bet reikia jam, ypač kaimo gydytojui, ir padėti šito pavojaus išvengti. Iš jo reikalaujama tiek plataus visų medicinos mokslo sričių žinojimo, kad jam sunku apsieiti be visai aiškių nurodymų ir tam tikro šablono, kaip praktiškai atlikti uždaviniai.

Aukščiau aš esu mėginęs svarbesnėms chirurginėms vėžio formoms tokį šabloną nurodyti. Būtų jau didelis progresas, jeigu visuomet šitie paprasti tyrimai būtų atliekami. Ypatingo šitam reikalui gydytojo pasiruošimo, man rodos, nereikalinga. Paprastus skrandžio sunkos ar mėšlo tyrimus kiekvienas gydytojas lengvai pats galėtų išmokti tirti. Bet negalima neigti, kad šitam reikalui būtų suruošta ir specijalių kursų. Gal būt tada lengviau būtų pasiekiamas tikslas.

Ypač gera priemone padėti gydytojui kreipti būtiną dėmesį į vėžio susirgimus reikia laikyti vėžio susirgimų registracija.

Ne mano dalykas nurodinėti, kuriuo būdu priversti gydytojus šitą priedermę atlikti. Norėčiau tik pabrėžti, kad vėžiu sergančiųjų ligonių registracija turi didelės reikšmės tiek vėžio susirgimų ankstyvajai dijagnozei, tiek ir vėžiu sergančių ligonių galu-

tiniam likimui, vėžio terapijos rezultatams ir, pagaliau, bendrai kovai su vėžiu.

Registracijos technika tikrai nepaprastas dalykas, ir tik ją pritaikius praktikai, gali ilgainiui išsidirbti geriausia ir tiksliausia, mūsų sąlygoms pritaikinta jos forma. Pasiūlymai, kuriuos noriu toliau pateikti, dėl to, gal, bus netobuli.

Vėžio ligonių registracija turi prasidėti nuo to momento, kada iš tyrimo ir stebėjimo rezultatų galima, bent apytikriai, įtarti vėžys. Tat įvyks dažniausiai gydytojo praktiko priėmimo kambaryj. Tolimesnė registracija bus, apskritai, tenai vykdoma, kur jau bus dijagnozė galutinai išaiškinama ir atliekamas gydymas. Tat įvyks dažniausiai ligoninėj. Ligonio gydymui pasibaigus, registracija turi užfiksuoti kontrolės rezultatus, tolimesnį ligonio likimą. Tat bus, apskritai, vietinio gydytojo, esančio ligonio gyvenamojoj vietoj, uždavinys.

Todėl išeina, kad reikėtų registracijos duomenys įrašyti į tris įvairius registracijos lapus. Jų forma galėtų būti maždaug ši:

1-sis registracijos lapas.

Kas parašė (gydytojas, ligoninė);
ligonio pavardė ir vardas;
amžius;
gyvenamoji vieta;
verslas;
pirmojo apžiūrėjimo data;
vėžio įtarimas;
vėžio dijagnozė;
naujas vėžio susirgimas;
recidyvas;
kada ir kur buvo pirmą kartą gydytas;
gydymas:
    gyvenamoj vietoj;
    į kurią ligoninę nusiųstas.
        Parašas.

2-sis registracijos lapas.

1—5 kaip ir pirmame lape.
Įstojimo data;
dijagnozė;
gydymas;

    operacija:

        radikali;
        paliatyvė;
    elektrokoaguliacija.
Konservat. gydymas:
        rentgeno spinduliais;
        radium'o „

gydymo rezultatas;
išsirašymo data;
mirties „
Parašas.

3-sis registracijos lapas.

1—5 kaip pirmame registr. lape;
iš ligoninės išrašymo data;
pirmojo apžiūrėjimo po gydymo data;
ar buvo jau po gydymo kito gydytojo kontroliuojamas;
kur ir kada;
kitų apžiūrėjimų datos;
recidyvo data;
recidyvo gydymas:
gyvenamojoje vietoje,
į kurią ligoninę nusiųstas.
Parašas.

Jeigu kontrolės metu pasirodo recidyvas ir ligonis turi būti vėl nusiųstas gydytis arba namie gydomas, tuomet kontrolės registracijos lapas baigiamas ir pradedamas naujas 2-os formos registracijos lapas.

Jeigu per metus recidyvo nebuvo, tada pradedamas naujas kontrolės lapas.

Būtų labai geistina, kad ir recidyvo gydymas būtų atliekamas toj pačioj ligoninėj, kur ligonis buvo gydytas pirmą kartą. O gydymui pasibaigus, ligonis reikėtų nusiųsti pas tą patį gydytoją, kuris ligonį į ligoninę buvo nusiuntęs ir jau stebėjęs jį prieš pradedant gydyti. Jeigu ligonis, aplenkdamas gydytoją praktiką, kreiptųsi tiesiai į ligoninę, tuomet pirmasis registracijos lapas nebereikalingas. Kontrolės lapas būtinai reikalingas ir tuo atveju, kai kontroliuojama toj pačioj vietoj, kur ir gydoma.

Nuo visų registracijų lapų turi būti daromi nuorašai, kurie siunčiami į centrinę įstaigą ir tenai tvarkomi ir apdirbami. Aišku, kad tuo būdu susidarytų vertinga vėžio tyrimo medžiaga Lietuvoj, o tos medžiagos moksliškas apdirbimas būtų dėkingas darbas.

Liko dar panagrinėti, kaip reikia atlikti kovai su vėžiu antras reikalavimas, būtent, tikslus vėžiu sergančiųjų gydymas.

Užsieniuose yra pasiūlytas visas vėžio gydymas koncentruoti tam tikrose, specijaliose vėžio gydymo įstaigose, ir tuo būdu visai atimti vėžio gydymas iš atskirų specijalistų, chirurgų, gynekologų, laryngologų ir kt. rankų. Nekalbant apie tokios priemonės abejotiną tikslingumą, pas mus dabartiniu metu apie tokios įstaigos kūrimą negali būti nė kalbos. Taip pat specijalaus vėžiui tirti instituto kūrimas reikia atidėti ateičiai. Tačiau mūsų krašte paskutiniu laiku pastatyta daug naujų ligoninių, turime gana išmokytų chirurgų, kad galėtų pakankamai suteikti mūsų krašto gyventojams operatišką vėžio gydymą. Šita prasme,

rodos, kliūčių nebėra sėkmingai kovoti su vėžiu, nes šitai kovai, kas svarbiausia, ir didelių lėšų nereikia.

Vis dėlto būtų labai pageidautina, kad būtų įkurtas valstybinis specijalus vėžiui spinduliais gydyti institutas. Tokie institutai užsieniuose (Štokholme) labai gerai veikia ir duoda daug naudos. Reikia prileisti, kad ilgainiui vėžio gydymas spinduliais užkariaus sau dar didesnę dirvą, ir tuo būdu spinduliais gydymo reikalingumas dar labiau padidės.

Kyla klausymas, kaip žiūrėti į įstaigas, kurios turi uždavinį specijaliai atlikti reikalingus tyrimus vėžio dijagnozei nustatyti bei ligoniams arba, apskritai, gyventojams, ypač šiuo reikalu padėti ir duoti reikalingų patarimų (Krebsberatungstellen). Aš nekalbėsiu apie prieš šitą kovai su vėžiu priemonę daromus priekaištus, nes man jie atrodo nelabai įtikinami. Priešingai, aš manau, kad tokios įstaigos galėtų kovojant su vėžiu duoti daug naudos, ypač ankstyvosios dijagnozės prasme. Už tat reikia turėti vilties, kad ateityj ir pas mus atsiras tokių įstaigų reikalingumas. Tačiau skubus šito reikalo išsprendimas nereikalingas, nes bus naudingiau palaukti, kaip užsienių kovos su vėžiu praktika jį išspręs.

Nagrinėdamas būdus kovai su vėžiu, aš mėginau visai trumpai nušviesti šitos kovos pagrindą ir galimumą. Tat daryti mane vertė mano patyrimas, nes per ilgus metus man teko nuolat stebėti didelis ligonių kiekis su apleistu vėžiu, kurie ateidavo pas chirurgą tokioj būklėj, kad belikdavo tik vienintelis gydymas — morfio švirkštimas.

Dėl to, man rodosi, labai pageidautina, kad ir mūsų šalyje, kaip kad ir kituose kraštuose, būtų organizuojama kova su vėžiu. Toji organizacija turėtų išaiškinti, kurių priemonių reikėtų mūsų sąlygomis griebtis ir kaip jos praktikoj panaudoti.

Mano nuomone, jau būtų didelė pažanga, jeigu pavyktų pasiekti tikra vėžio susirgimų registracija ir bet - kurios formos gyventojų švietimas Su kitų priemonių siekimu galima ir neskubėti, nes visuomet pradžia sunki. Čia daug svarbiau pastovumas ir ištvermė negu skuba.

Baigdamas norėčiau dar kartą pabrėžti, kokio atsakingumo imasi skeptikai ir nihilistai. Jiems reikėtų neužmiršti, kad kovojant su vėžiu dar nevisi galimumai panaudoti ir kad dėl to šita kova laikyti beviltiška ir nenaudinga yra neleistina. Iki šiol vartotieji kovos būdai pasmerkti būtų leistina tik tuomet, jeigu jų vietoj būtų galima pasiūlyti geresnių. Kol tokių nėra, būtų geriau neapsunkinti ir be to sunki kova pigiu nihilizmu. Ir jeigu iš šimto tik dešimt ligonių tebūtų galima išgelbėti, tai jau ir tada vertėtų sukaupti visos jėgos šitam tikslui pasiekti

Bet, tur būt, ateity pavyks pasiekti daug daugiau, pavyks išvengti daug vargo ir kančių, ir tat yra ne tik švenčiausia gydytojo pareiga, bet kartu ir gražiausias jo verslo tikslas.

Zusammenfassung.

Die Arbeit bezweckt eine Krebsbekämpfung in Litauen anzuregen, entsprechend den gleichen Bestrebungen in fast allen Kulturstaaten. Es erscheint notwendig die immer wieder gemachten Einwendungen gegen eine systematische Krebsbekämpfung einer Kritik zu unterziehen, wobei das Liek'sche Buch erwähnt werden muss Die allgemein anerkannte Tatsache, dass auch heute noch zwei Drittel sämtlicher Krebskranken zu spät zum Arzt kommen, beweist zwingend, dass durch die Frühdiagnose und Frühbehandlung eine Besserung der bisherigen Resultate erreicht werden kann und erstrebt werden muss. Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass bisher nicht alle Möglichkeiten zur Erreichung dieses Zieles ausgenutzt worden sind und dass daher ein Urteil über das in der Krebsbehandlung zur Zeit. Erreichbare nicht abgegeben werden kann. Schon jetzt einen Nihilismus in der Krebsbehandlung zu predigen, muss somit als unverantwortlich bezeichnet werden, umso unverantwortlicher als er nur lähmend auf die in diesem schweren Kampfe notwendige, äusser Auspannung aller Kräfte wirken kann. Zur Förderung der Frühdiagnose ist sowohl eine Aufklärung der Nichtaerzte als und dies ganz besonders eine Durchdringung und Heranziehung der Aerzteschaft, an erster Stelle der Allgemeinpraxis treibenden, praktischen Aerzte erforderlich. Die Befürchtung, durch die Aufklärungspropaganda Krebsfurcht zu erzeugen, darf nicht in's Feld geführt werden. Er liegt durchaus in der Hand des Arztes durch eine vernünftige, geschickte Handhabung der Aufklärung und eine psychische Beeinflussung des Kranken einer nebermässigen Krebsfurcht zu begegnen. Schliesslich ist die Gefahr der Krebsvernachlässigung sehr viel grösser, als die der Krebsfurcht. Und wenn Billroth einmal sagen durfte: „Unser Weg geht über Leichen", so darf heute gewiss mit mehr Berechtigung gesagt werden: „Unser Weg muss über die Krebsfurcht gehen, wenn es nicht asders geht".

Als geeignetes Mittel, das Interesse und die Aufmerksamkeit der Aerzte der Krebsbekämpfung zuzuwenden, wird die sorgfältige Registierung der Krebskranken empfohlen Sie hat 3 Aufgaben zu erfüllen.

1. Die Registrierung der Kranken vom Beginn des Krebsverdachtes, rsp. der Krebsdiagnose bis zur Einleitung der Behandlung.
2. Die Registrierung der Krebsbehandlung.
3. Die Registrierung der Nachkontrolle.

Zur praktischen Durchführung dieser Registrierung werden entsprechende Vorschläge gemacht.

Die ersten Aufgaben einer Organisation der Krebsbekämpfung in Litauen soll die Durchführung einer vernünftigen, sachgemässen Aufklärung des Laienpublikums und einer Registrierung der Krebskranken im oben angegebenen Sinn sein Die Schaffung von Krebsberatungsstellen, Krebsbehandlungszentralen, an erster Stelle für die Strahlentherapie des Krebse, einer Krebsforschungsinstituter, soll einer späteren Zukunft vorbehalten bleiben.

Gyd. J. Jaržemskas,
Chirurg. klin. jaun asist.

Stemplės striktūrų gydymo klausymu.

(Iš V. D. Universiteto chirurg. klinikos. Ved.—prof. A. Hagentornas).

Pas mus, Lietuvoj, labai mažai rūpinamasi įvairių ligų profilaktika. Dėl šito daug kaltas mūsų apsileidimas, nerangumas. Labai gerai atsimenu, kai paskutinio Lietuvos gydytojų suvažiavimo Kaune 1928 m. vaikų ligų sekcija buvo priėmusi rezoliu-

ciją, kurioje prašoma įstatymu suvaržyti koncentruotos (80%) acto rūgšties ir stipriai veikiančių šarmų laisvą pardavinėjimą. Jau praėjo 4 metai, o šitoji rezoliucija taip ir teliko popieryje. Kitur gi šitas dalykas jau seniai sutvarkytas. Įvairiose valstybėse stipriai veikiančių chemikalų įpakavimas, buteliai yra visai skirtingi, taip kad paėmus į rankas tuoj kreipiamas dėmesys. Kaikur chemikalai sumaišomi su stipriai kvepiančiomis substancijomis, taip kad, norint išgerti tuoj jaučiamas stiprus kvapas ir tuo būdu išvengiama apsirikimų. Bet neapsirinkant galima tvirtinti, kad mūsų krašte įvyksta daug nusižudymų vien dėl to, kad šitie, aukščiau minėtieji, chemikalai labai lengvai gaunami laisvoj prekyboj.

Kad mano šitas tvirtinimas nebūtų tuščiu pasakymu, pailiustruosiu skaičiais. Tam pasinaudosiu vien tik Kauno valstybinės ligoninės 1925—1930 met. duomenimis. Per minėtus šešerius metus mirė iš viso 907 žmonės, iš jų 65 — nuo apsinuodijimų. Suskirsčius mirtingumą pagal ligos ėtijologiją, šitas skaičius užimą penktą vietą. I-oj vietoj yra įvairūs džiovos susirgimai (24,04%), II — širdies ligos (23,93%), III — plaučių ligos be tbc. (13,34%), IV — piktybingieji navikai (9,15%) ir V — apsinuodijimai (7,17%).

Bet daug daugiau atsitikimų nesibaigia exitus letalis. Dažnai gyvybė pasiseka išgelbėti, ypač kai apsinuodijama per apsirikimą. Bet ir čia maža ateičiai džiuginančių perspektyvų. Lieka nemaža invalidų, kurie vargsta ištisus metus ir vėliau miršta džiova ar panašiai. Neginčiju, kad turint išdirbtą techniką galima daug ko pasiekti gydant apsinuodijimo padarinius. Todėl ir aš šitame darbelyje norėčiau nurodyti, kaip stemplės susiaurėjimai gydomi kitur, kaip šitas dalykas pastatytas pas mus ir kurių pasiekta rezultatų. Kaip medžiaga, naudosiuos V. D. Universiteto chirurginės klinikos 1925—1932 metų duomenimis.

Pirmučiausia truputį paliesiu medicinos istoriją, kaip stemplės striktūrų gydymas rutuliavosi kartu su medicinos mokslo pažanga. Jau arabų medicina mini, kad Avenzoar X šmt. Sevilijoj, gydydamas stemplės striktūras, įkišdavęs cinko ar sidabro vamzdelius. Vėlyvesnieji chirurgai, kaip aprašo Capivacci, XVI šimt. vartodavę vaškinius bužus. Bet systemos išdirbimas ir tikroji stemplės striktūrų gydymo pažanga įvyko tik XIX šimt. Gendron XIX šimtmečio antrame ir trečiame dešimtmetyj ir Andelos truputį vėliau mėgino stemplės randus kauterizuoti lapisu, įkišdamas bužus, ant kurių galo būdavo lapiso lazdelė ir tuo būdu pridegindavo susiaurėjimo vietą. Suprantama, toks gydymo būdas buvo ne tik ne tikras, bet net pavojingas. Teltscher 1831 metais paskelbė naują būdą, vadinamą forsuotą, greitą išplėtimą su instrumentu, panašiu į kateterį, kurio galas turėjo judrias branšas, kurias įkišus į striktūros vietą buvo galima praskėsti ir tuo būdu praplėsti striktūra. Bet šitoji metodė priklauso greičiau operatiškam gydymui. 1846 metais Trousseau

panaudojo paprastus bužus. 1869 metais B r u n s vartojo instrumentus, kuriuos jau anksčiau (1825) J a m e s o n buvo panaudojęs, būtent, pripildavo kačių žarnas gyvojo sidabro. A r n o t t vartojo elastiškus išpučiamus vamzdelius. Ypač gerų rezultatų pasiekta, kai striktūros buvo pradėtos gydyti V. H a k k e r'o būdu, vadinamu bužavimu „be galo". Šitas būdas labai plačiai ir dabar tebevartojamas, keletą kartų jis buvo pritaikytas ir mūsų klinikoj, todėl smulkiau apie šitą metodę ir teks pakalbėti.

Dabar keletą pastabų paminėsiu iš stemplės anatomijos, kad būtų suprantamiau, kodėl dažniausiai striktūros susidaro tik tam tikrose vietose. Stemplės ilgis 25 cm. Stemplės pradžios nuo priekinių dantų atstumas yra 15 cm. Vyrų cardia yra 40-41 cm. atstumo nuo priekinių dantų, moterų — 38-39 cm. Stemplės plotis — 7-22 mm. S e s p i n i nurodo bužų dijametrą, kurio jis nepataria peržengti, būtent, vaikams nuo 2—5 metų — 15 mm., 8—11 metų — 18 mm., 12—16 metų — 20 mm. ir daugiau kai 16 metų — 21 mm. Stemplėj yra 3 fyziologiniai susiaurėjimai, kurie ypač turi didelės reikšmės apsinuodijimams įvairiais stipriai deginančiais chemikalais. I-as susiaurėjimas yra cartilago cricoidea srityje, II-as — kur stemplė prieina prie tracheos bifurkacijos ir jis vadinamas bifurkacijos arba aortos susiaurėjimu ir III — stemplės perėjimo vietoje pro hiatus oesophageus. Susiaurėjimų reikšmė mūsų iškeltam klausymui, kaip esu minėjęs, gana didelė, nes apsinuodijus rūgštim arba šarmu, susiaurėjimų vietose daugiausia pasireiškia apdeginimas ir vėliau čia susidaro randai ir susiaurėjimai, be to, tose vietose susilaiko pakliuvę į stemplę svetimkūniai, o taip pat čia dažniausiai išsirutuliuoja ir piktybingi navikai. Įvairūs susiaurėjimai įvyksta stemplėje dėl kurio-nors patologinio proceso, įgimti gi susiaurėjimai pasitaiko labai retai. L o t h e i s s e n medicinos literatūroj rado įgimtų stemplės susiaurėjimų tik 41 atsitikimą.

Ėtijologijos atžvilgiu stemplės stiktūras mes skirstome į striktūras dėl kompresijos arba dėl obturacijos. Pirmu atveju stemplės spindis suspaudžiamas iš oro. Šitos rūšies striktūrų priežastimi gali būti bronchų tuberkuliozinės lymfos liaukos, glandula thyreoidea, navikai, ypač carcinoma, aneurysma, pleuros eksudatai, mediastinum'o abscesai, stuburo anomalijos — ekzostozės, ekschondrozės ir p. Obturacinės striktūros — įvairūs procesai, susiaurinantieji stemplės spindį iš vidaus, pav., svetimkūniai, plėvės, kaip, pav., difterijoj, soor, navikai. Todėl stemplės striktūros suskirstomos štai kaip: 1) įgimtos, 2) įsidegiminės, 3) spastinės, 4) randinės, 5) neoplastinės.

Kadangi savo medžiagoj aš nagrinėsiu striktūras, įvykusias dėl apdeginimo įvairiais chemikalais, tai patologinę anatomiją aš tenagrinėsiu tik aukščiau minėtos rūšies striktūrų.

Jeigu apdeginimas paviršutinis, tuomet gleivinės defektai atsistato visai gerai. Gleivinės epitelis nueina gabaliukais arba

vamzdeliais. Išgijimas įvyksta dėl regeneracijos, be rąndų susidarymo ir tuo būdu stemplės forma nepasikeičia.

Jeigu šašas apima visą gleivinę ir raumenis, tuomet susidaro tarp sveiko ir mirusio audinių demarkacinis įsidegimas, kuris gali pereiti ir toliau į periėzofaginį įsidegimo procesą, medijastinitą, pleuritą, perikarditą ir p. Perforacijos taip pat neretai pasitaiko. Gali susidaryti ir fistulių, tiek tarp stemplės ir bronchų, tiek tarp stemplės ir gerklų. Jeigu šašai pasišalina, tai toliau eina atsistatymas susidarant randams, kurie palieka įvairių formų susiaurėjimų — striktūrų.

Jeigu sužalojimai įvyksta gilesniuose sluogsniuose, tuomet susidaro kalozinės striktūros. Striktūros gali būti žiedo pavidalo 2—3 cm. ilgio arba vamzdelio pavidalo 5—10 cm. ilgio. Viršuj striktūrų dažnai susidaro išsiplėtimai, nes stemplės raumenims sunku nugalėti pasipriešinimas dėl žemiau gulinčio sukietėjusio rando. Kartais dėl striktūros angos įėjimo tam tikros padėties maistas, ypač skysčiai, veikia vieną kurią - nors stemplės sienelę ir vis ją spausdami gali sudaryti maišelį — divertikulę. Tokios divertikulės dugnas gali gulėti daug žemiau negu striktūros įėjimo anga, ir tuomet labai pavojinga bužuoti, nes bužas, pasiekęs divertikulės dugną, gali lengvai perforuoti.

Toliau panagrinėsime, kuriais chemikalais dažniausiai apsinuodijama. Cheminiai reagentai, kurie apdegina stemplę, pakliūva dažnai dėl apsirikimo. Apsinuodijimai šarmais padidėjo karo metu ir po karo dėl muilo virimo namie. Apsinuodijimai nusižudymo tikslu taip pat neretai pasitaiko.

Pasak Ridder'io dažniausiai pasitaikantieji chemikalai yra:

1) sieros rūgštis, duodanti vienodą, pilkai baltą šašą: gleivinė išilgai stipriai susiraukšlėja, plyšta, greit atsiranda perforacija;

2) druskos rūgštis, duodanti mažiau gilų šašą; audiniai patinsta, kraujuotai infiltruojasi;

3) azoto rūgštis, duodanti gelsvai rudą iki rusvumo šašą; jeigu rūgštis koncentruota, tai tuoj įvyksta perforacija;

4) chromo rūgštis duoda kietą, sausą, rausvai rudą iki žalsvumo šašą;

5) nuo oksalinės rūgšties viršutinėse dalyse gleivinė pasidaro pilkai balta; apatinėse — rudai juoda, išilgai susiraukšlėja, pasidaro kieta, bet nelūžta. Skrandžio pepsinas su oksaline rūgštimi virškina baltymus, todėl įvyksta apatinės stemplės dalies virškinimas;

6) nuo karbolio rūgšties gleivinė lyg apsidengia kalkėmis, lieka intensyviai pilkai balta, lūžta, sausa;

7) lyzolis gleivinę muilina, padaro rudai - raudoną, paburkusią;

8) nuo citrinos, vyno, acto rūgščių gleivinė, daugiausia tik paviršutiniškai apdegusi, pasidaro baltai pilka;

9) nuo šarmų šašas pasidaro baltas, minkštas, vėliau sausas ir kietas.

Aštriais apsinuodijimo atsitikimais ligonis jaučia stiprius deginančius skausmus krūtinkaulio užpakalyj, burnoj, stemplėj; sunku ryti. Atsiranda didelis troškulys, vėmimas kraujuotai gleivinėmis masėmis, gleivinė išeina net gabaliukais. Dažnai vemiama grynu krauju. Jeigu mėšle pasirodo kraujo su pūliais; tatai esti perioesophagal'inio abscesso trūkimo pažymys. Sunkiais atsitikimais pacijentai labai karščiuoja ir miršta somnolentiškoje būklėje.

Terapija — antidotum. Nuo apsinuodijimo šarmais Janovski siūlo mažomis dozėmis suprareniną. Reikia duoti fyziiologinio skiedinio, cardiaca, nuo skausmų — morphium. Meydl siūlo tuoj po apsinuodijimo gastrostomia. Hacker siūlo gastrostomia daugiau chroniškais atsitikimais, vėliau, kai nueina šašai ir susidaro randai. Gastrostomia būtina, kai nepraeinamai užtinsta stemplė. Heindl, darydamas gastrostomia, mėgsta įkišti į fistulę kiek galima storesnį vamzdį taip, kad ligonis galėtų priimti tirštą ir net kietą maistą. Toks ligonis kramto maistą burnoj ir paskui iš burnos išmeta į didelį piltuvą, kuris pritaisytas prie vamzdžio. Jeigu ir skrandis labai nukentėjęs, tai pagal V. Eiselsberg'ą daroma jejunostomia. Patariama pacijentų nebužuoti jiems karščiuojant. Bonhoff ir Roux siūlo šviežiais apsinuodijimo atsitikimais palikti stemplėj ilgesniam laikui guminį zondą, tuo būdu esą stemplė apsaugojama nuo striktūrų. Roux laiko zondą 4—5 savaites.

Jeigu pacijentas ateina vėliau po apsinuodijimo, kai aštrusis procesas jau yra pasibaigęs, tai tuomet striktūros dijagnozei nustatyti yra šie svarbiausieji symptomai:

1. Pirmučiausia esti pasunkėjęs rijimas, kurio pasunkėjimo laipsnis pareina nuo striktūros dydžio. Jeigu susiaurėjimas esti aukštai, tai prarytas skystimas tuojau išmetamas pro nosį ir burną; jeigu susiaurėjimas esti žemiau, tai šitas išmetimas įvyksta tik po kaikurio laiko.

2. Charakteringas esti tokio ligonio maisto priėmimas: prima mažais kiekiais, išlengvo. Esant diliatacijai aukščiau striktūros, maistas lieka stemplėj ilgesnį laiką ir gali būti išmestas daug vėliau. Toks ligonis ir pats nežino, ar šitas maistas grįžta iš skrandžio ar iš stemplės.

3. Dar tikras striktūros pažymys yra didelis gleivių ir seilių kiekis, kurį ligoniai išspjauna.

4. Esant didelėms striktūroms ligoniai labai greit sunyksta, suliesėja.

Esant pilnai striktūrai tuoj reikalinga padaryti skrandžio fistulė. Stemplės nepraeinamumą Heindl nustato šiuo būdu. Aišku, jau pirma esti padaryta gastrostomia. Leidžiama skrandžio sunkai tekėti pro fistulę, paskiau duodama per os keli šaukšteliai 1 % ferri lactici tirpinio ir įsakoma ligoniui per 15—20 min. mėginti praryti. Paskui skrandis plaunamas paprastos druskos tirpiniu, prie kurio pridedama ferrocyankalium tirpinio, ir, jeigu

gaunamas mėlynas nusidažymas, tatai esti ženklas, kad stenozė praeinama. Tiksliau striktūros dijagnozė galima nustatyti bužuojant. Iš pradžių įkišami stori cilinderiniai bužai, paskiau — laibesni. Bužuojant galima nustatyti striktūros nuotolis nuo dantų, toliau sulig bužo storumu nustatomas striktūros dydis ir, pagaliau, bužuojant galima nustatyti striktūros ilgis, nes esti juntama, kol bužas eina pro susiaurėjusią vietą ir kaip vėl jis praeina į sveiką stemplę. Pažymėję vieną ir antrą momentą ant bužo, galime nustatyti striktūros ilgį centimetrais. Geriau, žinoma, galima ištirti su oesophagoskop'u. Čia mes ad oculos nustatome ir pačios striktūros ypatybę, ar ji susidariusi iš randų, ar ji susidariusi nuo kurio-nors piktybingo naviko spaudimo, ar ji koncentriška ar ekscentriška; galima taip pat nustatyti viršuj striktūros esąs diliatacijos dydis ir t. t.

Didelių ir giliai į sienelę einančių striktūrų prognozė nėra gera. Vaikų bent kiek geresnė, nes prasiplėtimui bužavimo pagelba padeda stemplės augimas, ypač jeigu striktūra nėra žiedo pavidalo.

Salzer turėjo 293 vaikus su stemplės striktūromis, iš jų mirė 24, kas sudaro 8,2%, Alksnis gi turėjo 42 suaugusius su striktūromis, iš jų mirė 9, kas sudaro 21,4%. Kaip matome, suaugusių mirtingumo procentas $2^1/_2$ kartų didesnis negu vaikų. Žinoma, toks didelis suaugusiųjų mirtingumo procentas aiškinamas dar ir kitaip. Tarp suaugusiųjų apsinuodijimai dažnai pasitaiko nusižudymo tikslu. Tokie apsinuodijimai visuomet yra daug didesni ir sunkesni, todėl ir duoda daug didesnį mirtingumo procentą.

Bloga striktūrų ypatybė yra dar ta, kad jos visuomet turi tendencijos vėl susitraukti ir todėl laikas nuo laiko vėl tenka kartoti bužavimas. Juo anksčiau pradedamas gydymas, juo geresnių gaunama rezultatų. Nuo to laiko, kai V. Hacker pradėjo vartoti bužavimą „be galo“, striktūrų gydymo rezultatai pagerėjo. Ir dabar visiška stemplės obliteracija įvyksta labai retai.

Striktūros gydyti galima dvejopai: operatiškais arba konservatiškais būdais.

Šiuo metu, kai konservatiškam gydymui yra patiekta labai gerų metodžių, tik labai išimtiniais atsitikimais tenka griebtis kruvinos intervencijos. Iš jų paminėtinos oesophagotomia ext. et int., kombinuotoji oesophagotomia, extirpatio stricturae, oesophagogastrostomia, oesophagoplastica antethoracalis, gastrotomia, gastrostomia ir kt. Paskutinioji dažnai vartojama, kaip paliatyviškoji operacija, pav., bužuojant v. Hacker'io būdu „be galo“, arba laikinai dažnai vartojama gastrostomia, kaip priemonė ligoniui maitinti.

Reikia pripažinti, kad dauguma stemplės operacijų chirurgui nėra dėkingas dalykas, nes stemplė tarp įvairių kitų organų užima visai ypatingą padėtį. Jos giliai paslėpta padėtis, gyvybei svarbių organų artumas, aplinkumos nervų gausumas, kurie

gali duoti net mirtingų refleksų, pasunkina ir mažiausias intervencijas. Net stemplės anatomija neigiamai veikia sėkmingai operuoti. Stemplė, kaip žinome, be jokių sulenkimų, beveik tiesia linija, eina žemyn ir, jos dalį ekstirpavus, sunku sujungti galai —atsiranda įsitempimas, siūlės pjauna audinius ir t.t. Čia susidaro visai suprantamų techniškų sunkumų ir todėl stemplės chirurgija labai lėtai žengia pirmyn

Praktikos gydytojui daug didesnės reikšmės turi konservatiškas striktūrų gydymas, ir čia galima pasiekti beveik be išimties, jeigu ne gerų, tai bent pakenčiamų rezultatų, tik, kaip Sauerbruch sako, reikalinga ir gydytojui ir ligoniui turėti daug kantrybės. Gydymas trunka savaites, mėnesius, kartais net metus. Visiškai gerų rezultatų, dėl aukščiau minėtų priežasčių, daug dažniau gauname vaikams.

Striktūras konservatiškai gydant svarbiausia priemonė yra bužavimas. Pirmoji taisyklė bužuojant yra nevartoti jėgos. Kaip v. Hacker sako, čiupinėjant reikalinga kišti bužas. Pavartojus bent kiek perdaug jėgos, labai lengva padaryti perforacija, kurios padarinys esti mediastinitis ir exitus letalis. Vartojami anglų arba francūzų bužai, kurie sulig Charrière turi 6—20 mm storio. Bužai būna cilinderio arba kūgio formos. Francūzai vartoja bužus, kurie kartu atstoja ir zondus, taip, kad įkišus bužą ligonis galima ir pamaitinti. Prieš bužuojant išimami, jeigu yra įstatyti, dantys. Taip pat svarbu ištirti, ar ligonis turi aneuryzmą. Aneuryzmos trūkimas nėra vien teorinis dalykas, nes literatūroje yra aprašytų atsitikimų, kai bužuojant trūko aneuryzma ir tuoj įvyko exitus letalis. Bužai suvilgomi paraffinum liq. arba ol. amygdalarum. Bužai valomi šiltu vandeniu, vėliau sublimato 1‰ skiediniu. Esant dideliam refleksui ryklė patepama 20% novocain'u, 10% cocain'u arba 5% tutocain'u. Ypatingai sunkiais atsitikimais prieš įkišant bužą gera esti duoti ligoniui nuryti truputis suprarenino (1:1000) arba 15 lašų 1% morfio. Pacijentas paskui prašomas giliai ir lėtai kvėpuoti. Svarbu išdirbti kvėpavimo technika, o taip pat, kad nebūtų vėmulio reflekso. Pirmą kartą bužuojama labai trumpai, mat reikia, kad ligonis priprastų, vėliau galima palikti bužas stemplėje nuo 10 minučių iki ½ valandos. Esant nedidelėms striktūroms bužai įkišami 1—2 kartu per dieną Bužui apsaugoti nuo sukramtymo, ypač bužuojant vaikus, įdedamas tarp viršutinės ir apatinės dantų eilių kamščio arba medžio kylys. Bužuoti dar galima ir Routier'io alavo pripiltais zondais, kurie sušildomi karštu vandeniu ir tuomet pasidaro lankstesni. Kuhn vartoja metalinius spiralinius bužus. Dar yra lankstūs metaliniai Rosenheim'o bužai, toliau divertikulėms vartojami Stark'o bei Sahli'o ir kitų bužai. Metaliniai bužai darant rentgeno fotografiją duoda šešėlį, kurs turi reikšmės esant skrandžio fistulei ir bužuojant pagal v. Hacker'į. Jeigu yra labai siaura ekscentriška striktūra, tai į ją, žinoma, labai sunku įkišti bužas. Tais atvejais

v. H a c k e r siūlo vartoti vamzdelį, kuriame yra labai daug plonų bužų. Šitą vamzdelį įkišame į stemplę iki striktūros, o paskui mėginame visus iš eilės plonus bužus įkišti į striktūrą ir pagaliau vienas iš bužų patenka į ekscentriškai gulinčią striktūrą ir praeina. Vėliau v. H a c k e r, pasinaudojęs tam tikra savo išdirbta technika, užmauna ant praėjusio bužo ploną guminį vamzdelį, o pro jį vėliau prakiša vis storesnius bužus. Taip, pavyzdžiui, 4—5 mm striktūra per 2—3 savaites pasiekia 15 mm. Panašų būdą vartoja ir dr. V i n s o n iš Mayo klinikos. Šitą metodę jis pritaiko tokiems pacijentams, kuriems negalima bužo prakišti dėl ekscentriškos striktūros, bet kurie dar gali nuryti skystą maistą Jis duoda per kelias valandas pacijentui praryti kelis metrus šilkinio siūlo ir paskui šituo siūlu vadovaudamasis prakiša viduryj tuščią bužą. Šitas siūlas gali pasiekti net anus, šitokiu atveju jis reikia nukirpti. Tuo būdu per 6 metus dr. V i n s o n gydė 124 striktūras ir turėjo tik 6 mirties atsitikimus. Aukščiau minėtasis v. H a c k e r jau 1888 m. siūlė bužuoti ekscentriškas striktūras su oesophagoskop'u. Giliai esančias striktūras D e p a g e siūlo bužuoti iš skrandžio pusės, žinoma, padarius pirma gastrostomia. P i c a r d Berlyne siūlo gydyti striktūras diathermia. Jis vadovaujasi tuo sumetimu, kad dijatermijos srovė rando audinį vitalizuoja ir todėl priplūsta daugiau kraujo, jis pasidaro minkštesnis, elastiškesnis. Kaikurie autoriai mėgina striktūrų randus suminkštinti su fibrolysin'u, bet apie fibrolysin'o veikimą nuomonių esama labai įvairių. Mūsų klinikoj kaikuriais atsitikimais buvo taip pat vartojamas fibrolysin'as, bet mes nuo jo ypatingo pagerėjimo nestebėjome.

Dabar dar kyla klausymas, kaip greit po nudegimo galima pradėti gydyti stemplė. Anksčiau švieži stemplės apdegimai būdavo negydomi. Ir dabar dar kaikuriuose chirurgijos vadovėliuose rašoma, kad dėl perforacijos pavojaus ankstyvoj stadijoj draudžiama kišti bužas. Duodavo apsinuodijusiam antidotum, dauguma atsitikimų išplaudavo skrandį ir palikdavo stemplę likimui 4, 6, net 10 arba ir 12 savaičių, kol opos užgydavo, ir tuomet pradėdavo bužuoti. Tuo būdu gydant striktūras padariniai būdavo labai blogi. L o t h e i s s e n 1923 metais nurodė, kad po tokių apsinuodijimų 26⁰/₀ pacijentų žūdavo pirmomis dienomis. Iš likusiųjų 74⁰/₀ gyvųjų 12⁰/₀ mirdavo dėl pavėluoto gydymo ir dar 12⁰/₀ — nuo įvairių apsinuodijimo padarinių. Dažniausia komplikacija būdavo tuberkuliozė. Vėlai pradėjus tokias striktūras gydyti, labai dažnai būdavo reikalinga daryti gastrostomia, nes ligonis tiek būdavo išbadėjęs ir nusilpęs, kad būdavo pavojaus jam mirti badu. Apsinuodijimai anksti gydyti bužavimu buvo mėginta labai seniai, bet gerų padarinių nebūdavo gaunama.

Sumanymas profilaktiškai veikti randų susidarymą yra nenaujas. Jau G e r s u n y 1887 m. sunkiai apsinuodijusiam vaikui antrą dieną po apsinuodijmo įkišo ilgam laikui zondus, vie-

ną maitinimui, antrą randų susidarymui išvengti. Bet vaikas žuvo dėl susidariusio stemplėj decubitus. Johansen 1900 met. pasiūlė pradėti bužavimą dešimtą dieną, Fränkel ir Bass 1907 met. pasiūlė bužuoti gale antros savaitės. Roux 1919 met. patarė, kaip ir Gersuny, įkišti bužą ilgesniam laikui. Bet Roux mokinys Häberlin nurodo, kad šitoji metodė neduoda gerų rezultatų.

Pirmasis H. Salzer anksti bužuodamas gavo labai gerų rezultatų. Jau 1920 met. jis aprašė 12 atsitikimų, kuriems buvo taikomas ankstyvas gydymas. Gydymas atliekamas tuo būdu, kad, kaip tik praeina intoksikacijos reiškiniai, dauguma atsitikimų 2—6 dieną, įkišamas kiek galima storesnis, minkštesnis bužas. Iš pradžių tik kelioms minutėms, vėliau, kai pacientas pripranta, vis ilgiau, kol prieinama iki $^1/_2$ val. per dieną. Ir taip bužuojama 4 savaites kasdien, vėliau su pertraukomis po 1 arba 2 dieni. Vaikai laikomi ligoninėje tol, kol galima bužuoti 1—2 kartu per savaitę. Tat būna galima po 5–8 savaičių. Jeigu bužuojant yra pasipriešinimas, tuomet bužuojama dažniau. Autorius nurodo, kad 4 metų vaikai jau po 2 savaičių patys įsikiša bužą.

Ankstyvojo bužavimo geras ypatumas yra dar ir tas, kad vaikai anksti pradeda valgyti. Sunkiau vaikai ryja pirmomis 3 dienomis. Taip gydomi vaikai nesuliesėja, mirtingumas mažėja. Anksčiau daug dažniau aktyvuodavosi tuberkuliozė ir vaikai žūdavo dėl šitos komplikacijos. Į temperatūros pakilimą mažai tekreipiama dėmesio. Jeigu temperatūra pašoka pora laipsnių, tuomet palaukiama pora dienų. Praslinkus 6 dienoms po apsinuodijimo, pradėti bužuoti yra pavojinga, nes dažnai atsiranda kraujavimai.

Jeigu įvyksta perforacija, tai Salzer mano, kad tatai atsitinka ne dėl įkištojo bužo, o tiesiog įvyksta spontaniška perforacija. Alksnis dėl perforacijos pavojaus taip pat yra priešingos nuomonės. Jis net išveda, kad vėliau gydant bužavimais dažniau pasitaiko perforacija, negu anksti gydant. Tą savo teigimą jis remia grynai patologiškai anatominiais procesais, įvykstančiais stemplės sienelėje. Apsinuodijimo pradžioje mes turime edeminę arba net nekrozinę, bet visuomet lygią, gleivinę, pro kurią bužas labai lengvai praeina. Vėliau gi atsiranda ekzulceracijų, susidaro kišenės, kieti infiltratai, į kuriuos bužo galui lengva užkliūti. Zoege v. Manteufel mano, kad perforacija įvyksta tik tuomet, jeigu apdegimas esąs gilus, įkištas gi bužas visai nėsąs perforacijos priežastimi.

Lotheissen skirtingai gydo vaikus ir suaugusius. Jis mano, kad vaikų stemplė yra atsparesnė ir, be to, vaikams todėl esti geresni rezultatai, kad jų apsinuodijimai būna lengvesnio laipsnio. Vaikai, kaip jau anksčiau buvo pažymėta, apsinuodija ne nusižudymui ir todėl išgeria mažiau, o ir jų gurkšniai yra daug mažesni negu suaugusių.

Ankstyvojo bužavimo priešininkai nurodo, kad tuo būdu išgydytieji atsitikimai visi buvę lengvi apsinuodijimai. Žinoma, pradėjusiam anksti gydyti sunku įrodyti, kad tat sunkus apsinuodijimas. Gali būti burna labai apdeginta ir net lašui nepatekus į stemplę arba atvirkščiai.

Toliau norėčiau paminėti stemplės apdeginimus, kurie pasitaikė 1925 — 1932 metų laikotarpiu V. D. Universiteto chirurginėj klinikoj. Šitoji mūsų medžiaga nedidelė, iš viso tėra tik 42 atsitikimu, bet panašaus dydžio statistikų pasitaiko literatūroj. Rygos universiteto prof. Alksnis nagrinėja taip pat tik 43 atsitikimus ir, jais pasirėmęs, daro atitinkamas išvadas.

Iš mūsų 42 atsitikimų pasitaikė 9 vaikai, kurių vyriausias buvo 12 metų. Vaiku mūsų chirurginėj klinikoj todėl taip maža pasitaiko, kad gana daug jų su stemplės striktūromis patenka į V. D. Universiteto vaikų kliniką. Iš likusiųjų 33 atsitikimų — 11 tenka vyrams ir 22 — moterims. Vadinasi, moterų lygiai du kartu daugiau negu vyrų. Panašų santykį tarp vyrų ir moterų skaičiaus nurodo ir Heindl savo statistikoj, kurioj yra 21 vyras ir 48 moterys.

Jeigu apsinuodijusių amžių suskirstysime dešimtmečiais, tai tuoj pastebėsime didelį skirtumą tarp vyrų ir moterų. Iki 30 m. amžiaus vyrų yra tik 36,4%, moterų gi net 72,7%, kaip matome, procentas lygiai du kartu didesnis. Nusižudymo tikslu apsinuodijo 8 moterys ir vienas vyras, tatai sudaro 36,4% visų moterų ir tik 9,1% visų vyrų. Heindl'o statistikoj mes matome 68,8% moterų ir 28,6% vyrų.

Faktinai ir pas mus apsinuodijusiųjų procentai yra daug didesni, nes, suprantama, niekas netardo, o klausiama paties ligonio ir, žinoma, dauguma apsinuodijusiųjų sako, kad išgėrę šarmo arba acto netyčia.

Iš 42 atsitikimų 37 apsinuodijo šarmais, kaip pas mus priimta vadinti, „muilo akmeniu", 2 acto rūgštimis, 1 sieros rūgštimi ir 2 nežinia kuo. Kaip matome, didelė dauguma, net 88,1%, apsinuodijo šarmais.

Mirties atsitikimų buvo mūsų klinikoj 9, tatai sudaro 21,4% bendro pacijentų skaičiaus. Mūsų šitas procentas maža kuo didesnis kaip kitų autorių — Salzer'io 16,8%, Heindl'io — 17,5%. Jeigu panagrinėsime mūsų atsitikimų mirties priežastis, tai pasirodo, kad 4 atsitikimais mirtis įvyko dėl inanicijos. Ligoniai atvyko į ligoninę labai blogoje būklėje, išbadėję. Trimis atsitikimais buvo padaryta gastrostomija, bet ir tat nepadėjo, nes antrą dieną ligoniai mirė. Du ligoniai mirė dėl plaučių tuberkuliozės, vienu atsitikimu mirtis įvyko staiga, pasirodžius aiškiems embolijos reiškiniams, nors sekcija ir nebuvo daryta. Vienu atsitikimu išsirutuliavo pneumonija ir, pagaliau, viena ligonė mirė dėl stemplės perforacijos. Šitoji ligonė gulėjo mūsų ligoninėje, buvo pagerėjusi ir išsirašiusi ambulatoriškai gydytis. Bet ji norėjo bužuotis namie, įsigijo bužą ir buvo felčerio bužuojama. Na-

mie, nežiūrint į pablogėjimą, visą laiką buvo bužuojama ir, matyti, neišvengta forsavimo. Ligonei pasidarė staiga bloga, buvo atvežta į ligoninę su medijastinito reiškiniais ir antrą dieną mirė.

Gydant stemplės striktūras 17 kartų buvo pritaikyta operatiškoji intervencija, tatai sudaro 40% visų atsitikimų. Procentas gana didelis, bet suprantama kodėl. Ligoniai dažniausia atvažiuoja į ligoninę tik tuomet, kai nieko negali praryti ir, žinoma, tokiais atsitikimais pirmučiausia reikia gelbėti pacijentas, kad nemirtų badu. Tuo tikslu 11 kartų buvo padaryta gastrostomija, vieną kartą oesophagostomia ir vieną kartą jejunostomia. Du kartu buvo padaryta gastrostomia tais sumetimais, kad galima būtų gydyti pagal v. Hacker'į „be galo". Dviem atsitikimais stemplė maža nukentėjo, daugiausia skrandis, ir todėl vieną kartą buvo padaryta resectio ventriculi, ir vieną kartą dėl skrandžio randų įvyko stenosis pylori, ir todėl padaryta gastroenterostomia antecolica anterior su Braun'o anastomoze.

Jeigu panagrinėsime, kaip greit po apsinuodijimo pacijentai pateko į ligoninę stemplės striktūrai gydyti, tai pamatysime, kad didžiausias skaičius — 26 iš 42 pateko į ligoninę tarp 2—4 mėnesių. Anksčiau kaip 4 savaitės buvo tik 3 atsitikimai ir todėl suprantama, kodėl mes negalėjome pritaikyti ankstyvaus gydymo pagal Salzer'į. Devyni pacijentai buvo grįžę į ligoninę kelis kartus dėl pablogėjimo.

Jeigu suskirstysime mūsų pacijentus pagal gydymosi ilgumą ligoninėje, tai gausime šiuos duomenis. Iki 2 savaičių išbuvo 25 pacijentai, iki 1 mėnesio — 11, iki 3 mėnesių — 7, iki 6 mėnesių — 5 ir iki 9 mėnesių — 1.

Dabar panagrinėsime, kaip mūsų klinikoj būdavo gydoma ir kurių pasiekta rezultatų.

Atvykus ligoniui su stemplės striktūra į ligoninę, pirmučiausia buvo mėginama prakišti bent ploniausias, filiforminis bužas. Jeigu toksai praeidavo, tai ir tolimesnis gydymas eidavo gana sklandžiai. Kai gydymo metu pakildavo kartais temperatūra apie 2° arba užtindavo stemplė, tuomet mes 2—3 dienoms gydymą pertraukdavome, o vėliau vėl gydydavome. Mūsų patyrimu, gana svarbu maitinti tokis ligonis skystu kūno temperatūros maistu, neduoti, nors ir galėtų praryti, kieto maisto, nes tat labai greit suerzina gydomos stemplės gleivinę ir sukelia užtinimą. Po 2—3 savaičių aukščiau aprašyto gydymo toks ligonis dažniausiai galima buvo išrašyti namo, nes jis jau pats galėdavo prakišti 30-33 Nr. bužą, ko visiškai pakakdavo, kad galima būtų valgyti. Tokiam ligoniui išvažiuojant iš ligoninės įsakydavome nusipirkti atitinkamo numerio bužą ir įpareigodavome kasdien arba kas antrą dieną įkišti bužą į stemplę ir palaikyti jį ten pusę valandos; taip turėdavo daryti bent 6 mėnesius. Žinoma, įspėdavome, kad, jeigu baigus bužuoti, kaikuriam laikui praėjus, ligonis pastebėtų apsunkinimą ryjant, tai kad vėl bužuotų. Keletas tokių ligonių yra Kaune, kurie seniai yra išsirašę iš ligoninės. Tenka su

jais kartais susitikti. Kai paklausi jų, kaip jie valgo, tai nurodo, kad kartais atsirandąs pablogėjimas, pradedą blogiau praryti, ir jie net negali dažniausiai nurodyti priežasties dėl ko. Tokiais atsitikimais jie bužuojasi kaikurį laiką ir vėl pagerėja. Toks ligonis įtikinti, kad po 2—3 metų jis bus visai sveikas, negalima, nes buvo atsitikimas, kai žmogus atsigulė vėl ligoninėj dėl pablogėjimo net po 12 metų nuo pirmo ligoninėje buvimo. Čia aš kalbu apie suaugusius; vaikams, kaip jau aukščiau buvo nurodyta, visai kitokios perspektyvos.

Jeigu iš karto nepasisekdavo prakišti bužo, tai laukdavome dieną, porą dienų ir vėl mėgindavome. Kartais dėl paprastos stemplės ėdemos negalima buvo prakišti; šitai gi ėdemai praėjus, bužas lengvai praeidavo. Jeigu ilgesnį laiką mėginant nepavykdavo prakišti bužo, tuomet ieškodavome nepasisekimo priežasties. Dažniausiai prašviečiant rentgenu ir davus ligoniui ryti kontrast-preparato, pavykdavo nustatyti priežastis. Tat būdavo arba ekscentriška striktūra arba kuri-nors divertikulė. Esant ekscentriškai striktūrai arba divertikulei, apsišarvojus kantrybe, vis dėlto pasisekdavo prakišti bent ploniausias bužas.

Kiek čia reikalinga kantrybės, galiu pailiustruoti šiuo pavyzdžiu. Turėjome vieną ligonę, kuri turėjo stemplės striktūrą ir prarydavo tik skystą maistą. Be to, ji turėjo divertikulę ir bužuojant bužas patekdavo į divertikulę ir nepraeidavo į skrandį. Vieną kartą po 3 savaičių kasdieninio bužavimo pavyko prakišti ureterinis kateteris Nr. 7. Čia pavyko prakišti bužas tuo momentu, kai buvo sukeltas vėmulio refleksas. Matyti, divertikulės sienelės prisiartino prie stemplės sienelės ir bužas pateko į bent kiek išsiplėtusią dėl vėmulio reflekso striktūrą. Tuojau antrą dieną padarėme gastrostomiją ir, radę skrandyje prakištą kateterio galą, iškišome pro fistulę ir pririšome prie jo stiprų šilko siūlą. Ištraukę šitą siūlą pro burną, galėjome gydyti pagal v. Hacker'į — „be galo".

Visai panašus buvo ir kitas atsitikimas. Buvo pasielgta taip pat, ir buvo gauta gerų rezultatų.

Prakišę, kaip esu minėjęs, šilko siūlą, kurio vienas galas kyšo iš fistulės, antras galas — iš burnos, toliau gydome šiuo būdu. Pirmučiausia su šilko siūlu ištraukiame dvilinką šilko siūlą. Tuo būdu vieną siūlą turime visuomet rezerve ir, jeigu kartais manipuliuojant vienu siūlu jis nutrūksta, tuomet su likusiuoju sveiku, antruoju siūlu, vėl prakišame dvilinką siūlą ir gydome toliau. Prie siūlo, kyšančio iš burnos, mes pririšdavome bužą ir tuo būdu traukdami pro fistulę siūlą, įtraukdavome bužą į stemplę jis ir lengvai pasiekdavo skrandį. Kadangi į fistulę būdavo įstatomas storas guminis vamzdelis, tai siūlas skrandžio ir, apskritai, pilvo sienelės neliesdavo ir tokia manipuliacija gana lengvai būdavo ligonių pakeliama. Žinoma, reikėjo elgtis atsargiai, neforsuojant, nes, kai mes pavartodavome bent kiek jėgos, tuoj stemplė užtindavo ir reikėdavo 2—3 dienoms nutraukti gydymas.

Jeigu tuo būdu pavykdavo prakišti bent 20 numerio bužas, tuomet galima būdavo ir tiesiai bužuoti ir bužas nepatekdavo į divertikulę. Toliau mes bužuodavome tiesiai, bet siūlą vis dėlto laikydavome rezerve.

Trimis atsitikimais, kai buvo ekscentriškos striktūros, buvo pasielgta štai kaip. Kai po daugelio mėginimų pavyko prakišti plonas bužas, tai jį palikdavome ilgesniam laikui — 5—7 dienoms. Tas bužas, dažniausiai tat būdavo plonas ureterinis kateteris, papurpdavo, sustorėdavo ir tuo būdu praplėsdavo striktūrą. Po savaitės ištraukdavome šitą kateterį, dėl ko paskui gana lengvai praeidavo ir storesnis bužas ir tuo būdu tolimesnis gydymas nesudarydavo jokių sunkumų. Trimis atsitikimais, gydydami tik ką aprašytu būdu, pasiekėme visai gerų rezultatų. Šitas būdas todėl patartinas, kad nereikalinga gastrostomia, be to, įkišus ureterinį kateterį, ligonis gali nuryti šalia kateterio, ir taip pat šituo kateteriu galime pasinaudoti kaip zondu ir pro jį maitinti ligonį.

Mūsų klinikoj mes gydėme stemplės striktūras aukščiau aprašytais būdais ir gaudavome beveik visuomet gerų rezultatų. Žinoma, čia negalima prisilaikyti kurio - nors šablono; kiekvienas atsitikimas reikia individualizuoti ir elgtis sulig reikalu. Iš visų mūsų gydytų ligonių 24 atsitikimais gavome gerų rezultatų. Geru rezultatu mes laikome tuomet, jeigu ligonis visai laisvai nuryja įvairų maistą ir praeina 33—35 numerių bužai. Septyniais atsitikimais gavome tik pagerėjimą, t. y. praeidavo 11—13 numerių bužai ir ligonis galėdavo nuryti skystą ir tirštą maistą ir tik kietą maistą ryjant būdavo kliūčių. Šešiais atsitikimais negauta rezultatų ir ligoniai išvažiavo iš ligoninės blogoje būklėje. Suprantama, nebūdavo čia kaltas gydymas, bet patys ligoniai būdavo nekantrūs, nepasiduodavo ligoninės drausmei, nepaisydavo gydytojų nurodymų ir todėl dėl savo nesusipratimo ir menkos inteligencijos turėdavo apleisti ligoninę blogoje būklėje.

Baigdamas noriu dar kartą pabrėžti, kad vien mūsų apsileidimo dėka mes turime tiek daug stemplės striktūrų atsitikimų, todėl, kaip galima greičiau, reikia panaikinti stipriai veikiančiųjų rūgščių ir šarmų laisvas prekiavimas. Apsirikimams išvengti aukščiau minėtosios medžiagos reikalinga pardavinėti tokiuose buteliuose ir dėžutėse, kad tuoj kreiptų kiekvieno dėmesį.

Stemplės striktūras gydant beveik visuomet galime pasiek gerų rezultatų, tik reikalingas gana didelis pasišventimas ir daug kantrybės tiek ligoniui, tiek ir gydytojui.

Šia proga reiškiu gilios padėkos už kaikuriuos nurodymus p. prof. Al. Hagentornui.

Naudotoji literatūra.

1. J. Alksnis: Zur Therapie der Oesophagusverätzung. „D. Z. f. Ch." Bd. 193. 1925. 378—389.

2. A. Heindl jr.: Klinische Beobachtungen an 137 gutartigen Oesophagusstenosen der I. chir. Universitätsklinik Wien 1901—1925. „D. Z. f. Ch" Bd. 199. 1926. 252—269.

3. H. Salzer: Frühbehandlung der Speiseröhrenverätzungn. „Arch. f. kl. Ch.“ Bd 133 1924 501—507.

4. H. Salzer: Die Behandlung der Speiseröhrenverätzungen. „Arch. f. kl. Chir“ Bd. 147. 1927. 182—191.

5. F. Sauerbruch: Chirurgie der Brustorgane. Bd. II. 1925. 517—572.

6. H. Schmerz: Die Chirurgie der Speiseröhre. Kirschner Nordmann. Chirurgie IV. 2. 1928. 1—174.

Zusammenfassung.

Der Arbeit liegen 42 Fälle von Speiseröhrenverengerung infolge von Verätzungen zu Grunde, die in der chirurgischen Abteilung der Universitätsklinik in Kaunas in den Jahren 1925—1932 zur Beobachtung kamen.

Der Verfasser erörtert einleitend die Äthio'ogie, pathologische Anatomie und die geschichtliche Entwicklung der Therapie. Genauer auf die in der Kaunaer chirurgischen Universitätsklinik angewandten Behandlungsmethoden und die erreichten Resultate eingehend, führt der Verfasser auch den Vergleich, mit Behandlungsresultaten und statistischen Angaben auswärtiger Kliniken durch.

Er kommt zum Schluss: erstens, dass zur Vermeidung der Speiseröhrenverätzungen das Verbot des freien Handels mit starkwirkenden Säuren und Ätzalkalien notwendig ist; zweitens, das fast alle Verätzungsstrikturen konservativ mit gutem Resultat zu behandeln sind.

Med. gyd. A. Ambraziejūtė-Steponaitienė.

Cardiacos negros.

Mane seniai įdomino klausymas, dėl ko pusamžiai ir kartais gana jauni žmonės miršta dėl širdies dekompensacijos, lydimos didžiausios cyanozės ir dusulio, tuo metu, kai nėsama nei vitium cordis nei kitos aiškios priežasties, kuri galėtų taip smarkiai nuvarginti širdį. Tokių ligonių anamnėzėje visuomet figūruoja ilgai trunkąs chroniškasis bronchitas ir pakartotini plaučių susirgimai. Šitie chroniški ir vis didėją plaučių susirgimai (netuberkulioziški) yra aiški gija, pasibaigianti galutina sunkia širdies dekompensacija. Šitoje dekompensacijoje susidaro gana savotiškas ligos symptomokompleksas, lydimas didelės cyanozės ir asistolijos, kuri tenka išskirti iš kitų širdies dekompensacijų rūšių.

Panašią širdies dekompensacijos rūšį jau 1912 m. aprašė Ayerza*), kuris Argentinoje ir Ispanijoje stebėjęs nemaža tokių susirgimų. Šitą ligą jisai pavadino cardiacos negros. Vėliau šitas susirgimas buvo aprašytas Francūzijoj kaip cardiaques noirs ir Anglijoje kaip black cardiacs. Vokiečiai šitą symptomokompleksą pavadino schwarzen Herzleiden. Lietuviškai šitas susirgimas tektų pavadinti juodąja širdimi.

*) E. Bühner: Ein Beitrag zur Kenntnis der sog. Ayerza'schen Krankheit. 1929.

Cardiacos negros kardinaliniai symptomai yra šie: chroniškoji cyanozė, dyspnoe, ėrytrocytozė ir somnolencija.

Cyanozė prasideda iš lėto, bet ilgainiui vis didėja ir atkakliai žengia pirmyn. Toli pažengusioje ligoje cyanozė ypatingai yra žymi veide ir galūnėse. Lūpos, liežuvis, visos burnos ir ryklės gleivinės odelės, tonzillos, akių konjunktyva ir ausys yra vyšniavai cyanozinės spalvos. Cyanozė ypač padidėja ligoniui miegant.

Dyspnoe čia taip pat charakteringa: pradžioje būna nežymi ir užeina tik ligoniui pajudėjus, bet paskiau, ligai baigiantis, tiek padidėja, jog dusina ir ramiai gulint.

Ėrytrocytų skaičius šitame symptomokomplekse būna visuomet padididėjęs iki 7—8 ir 10 milijonu. Bet dažnai ėrytrocytų kiekis keičiasi ir būna čia didesnis, čia mažesnis. Morfologiškai ypatingų kraujo pakitimų nebūna.

Mieguistumas čia būna taip pat pasireiškęs. Prieš mirtį ligonis gali būti visą laiką apsnūdęs ir nuolat miegoti. Kaikurie autoriai .šiaip išsitaria apie tų ligonių mieguistumą: jie gyvena miegodami, užmiega bevalgydami ir miršta miegodami. Bet kartais tokiems ligoniams pasitaiko ir naktinės nemigos dėl širdies dekompensacijos sunkumų.

Kiti ligos symptomai būna šie: gali būtų pirštų galų sustorėjimų, cefalalgijų ir svaigulys dėl smegenų veninės hyperėmijos. Šitos rūšies ligoniai daug kosti, jie turi stiprų chronišką bronchitą ir plaučių emfyzemą. Gana dažnai atsikosti ir kraujo.

Širdies ūžesių nebūna; kartais esti tachycardia ir arhythmia. Visuomet randama deš. širdies skilvelio ir deš. prieširdžio hypertrofija ir dilatacija.

Kaikuriems ligoniams įvyksta širdies bazių skausmų priepuoliai, kurie įradijuoja į plaučius. Pessel šituos skausmus vadina dyspragia intermittens angiosclerotica pulmonalis. Nuo angina pectoris jie skiriasi tuo, kad būna cyanozė. Dėl to šitą krūtinės skausmų rūšį vadina dar angina hypercyanotica.

Tolimesnėje ligos stadijoje atsiranda tinimai, panašiai kaip ir kitose širdies dekompensacijose: būna stazinės kepenys, staziniai inkstai ir kt.

Šitas visas susirgimas galima padalyti į dvi stadiji. Pirmoji stadija yra ilgai trunkąs plaučių susirgimas, tik ne tuberkuliozinis. Antroji stadija yra širdies asystolia su typingu cardiacos negros vaizdu.

Plaučių susirgimai, dažniausiai bronchitai, prieš antrąją stadiją trunka daug metų, apie 20 ir 30 m. Dažnai anamnezėj būna pneumonia crouposa ir kaikurios sunkiai persirgtos infekcinės ligos, k. a.: tymai, rauplės, šiltinė, polyarthritis rheumatica, malaria ir kt. Dažnai čia figūruoja alkoholizmas ir lues.

Antroji cardiacos negros stadija tveria neilgiausiai, vidutiniškai apie dvejus metus ir visuomet baigiasi mirtimi.

Cardiacos negros nėra kažkokia nauja ar ypatinga liga. Ji galima pavadinti tik savotišku symptomokompleksu. Panašų ligos vaizdą rodo ir pericarditis adhaesiva, stenosis mitralis, hypoplasia aortae, siaura v. pulmonalis ir kiti įgimtieji bei įsigytieji širdies trūkumai. Bet vis dėlto cardiacos negros turi ir žymių skirtumų. Šitoje ligoje nebūna nei prigimtų nei įsigytų vitium cordis ar stambiųjų kraujagyslių anomalijų. Čia ligos pradžią sukelia ne širdies, bet plaučių nesveikumai. Šitame symptomokomplekse pirmiausia pakitimai įvyksta bronchuose ir plaučių parenchymoje. Šitoji aplinkybė tiek mechaniškai, tiek ir toksiškai veikia plaučių kraujo indus ir sukelia vietinę ankstyvą pulmoninių arterijų sklerozę. Sklerozuotos pulmoninės arterijos (pradedant nuo smulkiųjų šakelių ir baigiant stambiomis) sukelia širdies dekompensaciją su aukščiau aprašytuoju symptomokompleksu. Taigi, cardiacos negros pagrindu laikoma izoliuotoji pulmoninių arterijų sklerozė.

Kad gali būti izoliuotoji pulmoninių arterijų sklerozė, tatai tvirtina Külbs, Romberg, Schrotter, Posselt, Rössle ir kiti autoriai. Külbs*) sako, kad pulmoninių arterijų sklerozė esanti dažnesnė, negu tat buvo anksčiau manyta.

Čia pateikiu porą ryškesnių ligonių, kurie yra gulėję vidaus ligų klinikoje.

1. Ligonis Š. A., 42 m. amž., darbininkas. Klinikoj atsigulė š. m. sausio mėn. 3 d. jau penktą kartą iš eilės. Šitą kartą skundėsi dideliu dusuliu, sunkumu krūtinėje, o taip pat dideliu bendru silpnumu. Pirmą kartą su šitąja liga jisai gulėjo klinikoje 1931 m. kovo mėnesį. Tuokart ligonio būklė buvo žymiai geresnė ir, pasigydęs apie 6 sav., išvyko. Kurį laiką dar galėjęs dirbti. Bet netrukus vėl pradėjęs blogėti ir tekdavę vis po keletą savaičių išgulėti klinikoje. Liga kaskart sunkėjusi. Prieš paskutinį kartą klinikoje ligonis išbuvo apie $2^1/_2$ mėn. Betkuriam gydymui liga pasidavė labai sunkiai. Nedaug pagerėjęs jisai išvyko namo. Apie porą savaičių pabuvus namie, ligonio būklė pasidariusi be galo sunki, ir sausio 3 d. jis paskutinį kartą atsigulė klinikoje. Mirė š. m. sausio m. 5 d.

Ligonis nesveiku save laikė tik apie dvejus metus.

Visą ligos laiką buvo didelė cyanozė, dusulys ir sunkumas krūtinėje. Ypač žymi cyanozė buvo paskutiniais ligos mėnesiais. Jo išvaizda priminė morbus coeruleus. Cyanozė ir dusinimas padidėdavę miegant.

Ligonis piknotinės kūno sudėties, pirštų galai sustorėję. Nuo karo laikų kostįs ir kartais skrepliuojąs Vaikystėje sirgęs rauplėmis, vėliau vidurių šiltine, per karą maliarija ir 1930 m. gripu. Nuo šitos paskutinės ligos kosulys padidėjęs Veneros ligas neigia, W. R. — Rūkydavęs ir truputį gerdavęs.

Širdies ūžesių nebuvo. Širdis, tiek kliniškai, tiek rentgenologiškai nustatant, buvo padidėjusi ypač į dešinę. Kartais būdavo arhythmia. Kraujoslėgis pagal RR apie 140 mm Hg. Plaučiuose buvo stipraus chroniško bronchito ir emfyzemos reiškinių. Gulint klinikoje visuomet būdavo žymi širdies dekompensacija: anasarca, didelės kepenys ir t. t. Ligonis prieš mirdamas daug miegodavo, skųsdavosi galvos skaudėjimu ir svaiguliu.

Kraujyje būdavo visuomet ėrytrocytozė; 1932. X. 10 d. ėrytrocytų rasta 7.760.000, Hb apie 110%. Kitas kraujo vaizdas — nieko ypatingo.

---

*) Handbuch d. innere Med. II-1.

Visos išmėgintos gydymo priemonės pagaliau negelbėjo. Mirė dėl didžiausios asystolijos.

Sekcijos protokolo ištrauka: Hypertrophia et dilatatio ventriculi dextri cordis; myodegeneratio cordis. Emphysema et bronchitis catarrhalis chron. pulm. utr. Hyperaemia venosa organorum. Ascites. Anasarca.

2. **Antras ligonis R. Ch.**, 42 m. amž., skardininkas. Klinikoj atsigulė š. m. sausio mėn. 12 d. Skundėsi sunkumu, dusuliu, kosuliu ir dideliu silpnumu. Ligonis patinęs ir labai cyanoziškas, ypač veidas ir galūnės. Habitus greičiau pikniškas.

Tik vieneri metai kaip serga. Liga prasidėjusi iš lėto kosuliu ir sunkumu krūtinėje. Kosėdavęs ir seniau. Prieš atvykdamas į kliniką, ilgą laiką išgulėjęs žydų ligoninėje.

Kitų ligų jis neatsimenąs. Tik kadaise sirgęs syfiliu. W. R. ++. Daug gerdavęs degtinės.

Ligonio bloga psychika, dementiškas, sunku susikalbėti. Prieš mirtį visą laiką miegojo.

Širdyj ūžesių nebuvo, širdies mušimas rytmingas. Širdies ribos išsiplėtusios labiau į dešinę. Plaučiuose stiprus chr. bronchitas ir emphysema. Yra visi širdies dekompensacijos reiškiniai.

Kraujoslėgis nepakilęs. Sausio mėn. 30 d. ėrytrocytų buvo rasta 6.500.000, Hb apie 110%.

Visokie cardiaca ir kitos priemonės ligoniui negelbėjo. Mirė sausio mėn. 31 d.

Ištrauka iš sekcijos protokolo: Hypertrophia et myodegeneratio cordis; dilatatio ventr. dextri cordis. Atheromatosis aortae et arter. pulmonalis. Nodus tbc. petrificatus apicis pulm. dextri. Synechiae pleurarum. Bronchitis chr. et emphysema pulmonum. Bronchopneumonia confluens lobi super. pulm. sin. Hyperaemia venosa organorum.

Mikroskopiško organų tyrimo rezultatai, kuriuos suteikė prof. E. Vinteleris.

1. Ligonio Š. A. Plaučiai: arteriosklesoris, emphysema, bronchitis, hyperaemia, haemorrhagia.
Arteria pulmonalis: atherosklerosis.
Myocardium: myodegeneratio, hyperaemia venosa.
Lien: hyperaemia venosa.
Hepar: hyperaemia venosa.
Ren: hyperaemia venosa, arteriosklerosis.
Ventriculus: hyperaemia venosa, gastritis chronica.

2. Ligonio R. Ch. Plaučiai: arteriosklerosis, emphysema, bronchitis, hyperaemia.
Arteria pulmonalis: atherosklerosis.
Aorta: atherosklerosis.
Myocardium: myodegeneratio, myocardiofibrosis.
Lien: hyperaemia venosa, arteriosklerosis.
Hepar: hyperaemia venosa.
Ren: hyperaemia venosa, infarctus anaemicus, arteriosklerosis.

Abudu minėtuoju ligoniu patologoanatomiškai ir histologiškai ištyrus, rasta pulmoninių arterijų ateroskleroze. Abiedviem taip pat rasta dešiniojo širdies skilvelio hypertrofija ir dilatacija. Širdžių vožtuvų sugedimo ir širdžių trūkumų išsirutuliavimo nebūta. Abiedviejų ligonių anamnezėje figūruoja seni kosuliai; antrasis ligonis dar buvo sirgęs ir syfiliu. Todėl laikau galima išvesti, kad abudu minėtuoju (o taip pat ir čia nepaminėtieji) ligoniu turėjo gana typišką Ayerza's aprašytąjį cardiacos negros symptomokompleksą.

Ar tinka šitas ligos vaizdas pavadinti cardiacos negros? Aš manau, kad tasai pavadinimas yra gana vykęs. Kai morbus coeruleus reiškia stenosis art. pulmonalis, kai claudicatio, intermittens reiškia kojų arterijų žymią sklerosę, taip pat ir pavadinimas cardiacos negros gali visuomet reikšti sunkią širdies dekompensaciją, išsirutuliavusią dėl pulmoninių arterijų sklerozės. Suprantama, kad absoliučiai izoliuotosios plaučių arterijų sklerozės negali būti. Bet vis dėlto čia plaučių arterijosklerozė smarkiau pasireiškusi, tuomet, kai kituose organuose sklerozė dar nežymi, — tatai gali būti.

Prof. E. Vinteleriui, daktarams Mackevičaitei-Lašienei ir Starkui už suteiktus patologoanatominius ir histologinius duomenis širdingai dėkoju.

Autoreferat.

Cardiacos negros.

Cardiacos negros ist Symptomokomplex, den eine isolierte Sklerose der Pulmonalarterien ergibt. Die kardialen symptome sind folgende: Zyanose, Dyspnoe, Erythrocytose, Somnolenz, grösste Asystolie u. endlich exitus letalis. Die Krankheit entwickelt sich bei recht jungen Menschen, ohne vitium cordis und ohne Anomalien von seiten des Herzens u. der grossen Blutgefässe. Die Ursache der Krankheit sind chronische Lungenkrankheiten (gewöhnlich nicht tuberkulöse), die mechanisch u. toxisch die frühzeitige Sklerose der Pulmonalarterien hervorrufen.

D-ras M. Bergeris
(Klaipėda)

Graviditas tubaria interstitialis su abortus tubarius atsitikimas.

(Iš Magdeburgo-Sudeburgo miesto moterų ligoninės. Direktorius — prof. dr. Bauereisen).

Čia aprašomas gana retas graviditas tubaria interstitialis atsitikimas, kuris mums teko stebėti.

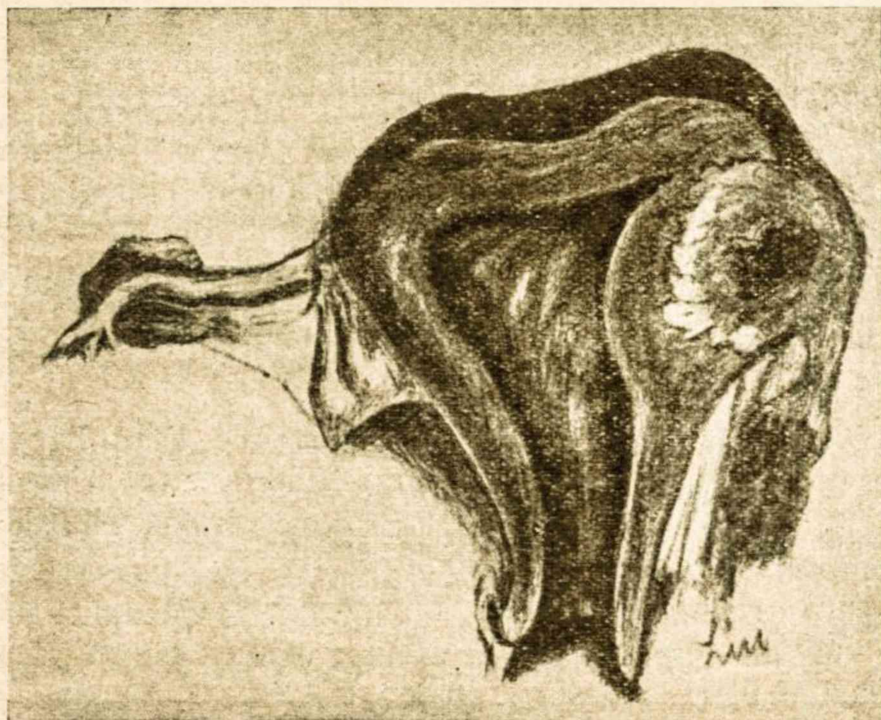
Tatai buvo 35 metų moteris (Ligos ist. Nr. 32 - 1973), kuri 4 kartus gimdžiusi normaliai. Paskutinis gimdymas buvęs prieš 6 metus.

Iš anamnezės paaiškėjo, kad prieš 5 metus turėjusi adnexitis. Mėnesinės visuomet esančios taisyklingos, kas 28 d. per 4—5 d. be skausmų. Jau esančios trys savaitės, kai buvusios mėnesinės. Nuo to laiko kraujuojanti. Jau aštuonios dienos kaip skaudą einant laukan ir besišlapinant. Vėmulių, apalpimų nebuvę. Dujos einančios retai, bet su skausmais.

Status praesens Aukšta, nutukusi pacijentė, žymiai išblyškusi, pulsas mažas, pagreitėjęs. Apatinė pilvo dalis, ypač kairioji, žymiai įsitempusi ir skaudama. Liežuvis sausas.

Genitalia: Portio livide. Orificium uteri užsidaręs. Douglas stipriai išsikišęs ir skaudamas. Uterus ir priedai tiksliai neapčiuopiami. Baigus tyrimą buvo gerai dezinfekuotos makštys. Douglas'o punkcija: rasta seno kraujo su krešuliais.

Laporotomia (operatorius d-ras M. Bergeris). Pro riebius, bet mažakraujingus pilvo sluogsnius buvo padarytas išilginis pjūvis. Buvo atidarytas pilvo tuštymas. Pilvo tuštyme šviežio kraujo buvo terasta visai nedaug. Iš Douglas'o tuštymo buvo pašalinta daug krešulių, Žarnų kilpos buvo reponuotos. Pasirodė obuolio dydžio melsvos spalvos navikas, esąs prie kairiojo fundus kampo ir nežymiai pereinąs į gimtuvę. Niekur nematyti plyšimo vietos. Iš naujiko išeinanti tuba pakelta į viršų, ir iš jos abdominalinio krašto kyšo kraujo krešuliai. Kairysis lig. rotundum išsitempęs ir eina naviko išoriniu kraštu. (Žiūr. atvaizdą). Vaisiaus pūslė buvo atidalinta buku būdu, at-



žnybta ir pašalinta; placentos dalys buvo truputį įplyšusios. Pašalinant teko kartu užgriebti ir gimtuvės sienelių dalis. Žaizda užsiūti nepasisekė, nes gimtuvė tiek buvo minkšta, kad visos siūlės persipjovė. Norėdami pacijentę apsaugoti nuo didelio kraujoplūdžio, mes gimtuvę aukštai supracervikališkai amputavome.

Parametrinė žaizda, kuri susidarė pašalinus tubą, kurioje buvo vaisus, smarkiai difūziškai kraujuoja. Kadangi čia audiniai buvo purūs, tai labai buvo sunku sustabdyti kraujavimas. Buvo susiūta plica ant gimtuvės žaizdos. Norėdami greičiau perito-

nizuoti didelę peritoninę žaizdą, apsiuvome dar ant žaizdos flexura sigmoid. Reikia dar pastebėti, kad flexura buvo suaugusi su vaisiaus plėvėmis, ir tuo būdu nustojusi serozinio apvalkalėlio žarnų dalis buvo atskirta. Pilvo apdangalėliai buvo susiūti pagal sluogsnius.

Pulsas ir bendra pacijentės būklė po operacijos kas kartą vis gerėjo. Rekonvalescencija buvo be jokių komplikacijų, ir ligonė išsirašė iš klinikos visai sveika.

Po dviejų mėnesių, ištyrus ligonę, rasta, kad kairysis parametrium'as yra dar nykščio storumo. Pacijentė skundėsi silpnomis mėnesinėmis.

Šitas atsitikimas atitinka Glaesmar'o typus II: graviditas tubaria interstitialis su „vaisiaus išsirutuliavimu gimtuvės sienoje". Plati vaisiaus pūslės sąsaja su gimtuve, statmeniškas gimtuvės pakilimas (Simon Ruge'sches žymė), lateralinis gimtuvės iškrypimas — neabejotinai kalba už šitą dijagnozę.

Vaisiaus išsirutuliavimas gimtuvės sienoje ir tuo būdu jo intraligamentinis įaugimas žymiai pasunkina operaciją.

Įdomi ir nevisiškai paprasta yra šitokio nėštumo eiga: vidujinės vaisiaus plėvės trūkimas su abortu į tubą, išėjimas į cavum Douglasi kraujo krešulių, taip pat, galimas dalykas, ir vaisiaus, kurs buvo nepastebėtas; tuo pat metu kraujavimas į išorę, kaip visuomet paprastai atsitinka esant abortus tubarius. Tatai viskas ir išaiškina pacijentės nusiskundimus negalavimais, skaudamais ėjimais laukan ir t. t.

Mažas kiekis šviežio kraujo pilvo tuštyme, esant daug krešulių ir nėsant plyšimo, patvirtina įtarimą, kad būta tubarinio aborto.

Pagal Höhne paprastoji graviditas tubaria interstitialis eiga būna šitokia: išorinės vaisiaus plėvės plyšimas su ruptūra, dažniausiai užpakalio viršuj; rečiau, kai išsiplėtimo vieta yra arti ostium uterinum tubae, plyšimas vidinės plėvės ir išstūmimas į cavum uteri.

Ėtijologija reikia ieškoti buvusiame prieš penkerius metus salpingite.

Autoreferat.

Es wird über einen seltenen Ausgang, einer an sich seltenen Form der Extrauteringravidität, nämlich, Gravid. tubaria interstitialis, berichtet. Es erfolgte ein Tubarabort in die Bauchhöhle. Die Operation wurde durch teilweise Zerstörung der Uteruswand und ausgedehnte Verwachsungen technisch erschwert.

Dr. J. Zubkus.

V. D. Universiteto ausų, nosies ir gerklės klinikos 1932 metų apyskaita.

1932 met. per ausų, nosies ir gerklės ligų klinikos ambulatoriją perėjo 6.670 ligonių (1931 m. — 4.402 lig.). Iš jų pirmakarčių buvo 3.728 (1931 m. — 2.500).

Pastaruosius suskirstę pagal lytį ir amžių, gauname:

vyrų — 1.516,
moterų — 1.600,
berniukų — 306 }
mergaičių — 306 } iki 14 metų amžiaus priskaitytinai.

Be šventadienių, kada ambulatorijoje priėmimo nebūdavo, vienai dienai tenka 23,82 ligonių (1931 m. — 14,6).

Kiek kurių susirgimų dijagnozuota ambulatorijoje atsilankiusių ligonių, matyti iš I-sios lentelės (žiūr. I-ąją lentelę).

I-ji lentelė.

Ambulatoriniai ligoniai.

Eilės Nr.	Dijagnozė	Skaičius	Eilės Nr.	Dijagnozė	Skaičius
	A.		20	Presbioacusis	11
	Ausų ligos.		21	Surditas	33
			22	Tromb. cerum	318
1	Atresia auris externae .	3			
2	Cancer auris	3		Iš viso . .	1.712
3	Cicatrices membr. tympani	38			
4	Corpus alienum auris . .	15		B.	
5	Eustachitis	359		Nosies ligos.	
6	Fibroma auris externae	1			
7	Labyrintitis	5	23	Anosmia	5
8	Mastoiditis	85	24	Atresiones concharum .	4
9	Meningitis	2	25	Cancer nasi	9
10	Mutosurditas	3	26	Corpus alienum nasi . .	5
11	Neuritis nervi acustici		27	Deviatio septi nasi . . .	273
	luetica	1	28	Ekzema nasi	7
12	Otitis externa.	123	29	Epistaxis	69
13	Otitis media ac. . . .	158	30	Ethmoiditis	35
14	Otitis media purul. per-		31	Fractura ossium nasi . .	1
	for. chr.	479	32	Haematoma septi nasi .	3
15	Otosclerosis	5	33	Hypertrophia concharum	264
16	Perforatio membr. tym-		34	Lues nasi	2
	pani sicca	36	35	Lupus nasi	3
17	Perforatio membr. tym-		36	Osteoma nasi.	1
	pani traumat. . . .	7	37	Polypus nasi	69
18	Polypus auris.	25	38	Rhinitis	191
19	Post antrotomiam . . .	2	39	Rhinit. atrophica et ozaena	121

Eilės Nr.	Dijagnozė	Skaičius
40	Sinusitis frontalis . . .	9
41	Sinusitis maxillaris. . .	55
42	Tbc. nasi	12
43	Veruca nasi	4
44	Vestibulitis nasi	45
45	Vulnus nasi	2
	Iš viso . .	1.189
	C.	
	Burnos, ryklės ir gerklės ligos.	
46	Abscessus linguae . . .	9
47	Abscessus peritonsillaris	44
48	Abscessus retrophar. . .	3
49	Abscessus retrotonsillaris	9
50	Abscessus laryngis . . .	6
51	Adenoides	329
52	Angina catarrhalis . . .	24
53	Angina Plaut-Vincenti. .	5
54	Angina Ludowici . . .	1
55	Cancer laryngis	11
56	Cancer oesophagi . . .	2
57	Calculosis tonsillarum .	1
58	Corpus alienum laryngis	4
59	Corpus alienum oesophagi	1
60	Cysta tonsillarum . . .	1
61	Epulis.	2
62	Fibroma chord. voc. . .	7
63	Hypertrophia tonsillarum	101
64	Laryngitis	102
65	Laryngitis tbc.	40
66	Lues laryngis	4
67	Lues pharyngis	2
68	Papilloma chorda voc. .	3
69	Paresis chord. voc. . .	5
70	Paresis n. recurr. . . .	8

Eilės Nr.	Dijagnozė	Skaičius
71	Paresis pal. moll. . . .	1
72	Parulis	9
73	Pharyngitis.	252
74	Post tracheotomiam . .	3
75	Stenosis laryngis . . .	1
76	Stomatitis	11
77	Strictura oesophagi . .	2
78	Tbc. linguae	1
79	Tonsillitis chr.	359
80	Tumores sublinguales. .	1
	Iš viso . .	1.364
	D.	
	Kitos ligos.	
81	Abscessus colli	9
82	Climax	4
83	Combustio	2
84	Erysipelas faciei. . . .	3
85	Favus capitis	1
86	Grippus	4
87	Imbicilitas	2
88	Ištyrimui	253
89	Lymphadenitis colli . .	9
90	Meningitis	4
91	Myositis	9
92	Neurasthenia	49
93	Osteomyelitis mandib. .	1
94	Paresis n. facialis . . .	8
95	Phlegmone colli	3
96	Struma	6
97	Polyarthritis	2
98	Tumor cerebri	1
99	Tumor colli	1
	Iš viso . .	365

Ausų susirgimų rasta . . . . — 1.712,
nosies ir nosies priedinių daubų — 1.189,
burnos, ryklės ir gerklės . . . — 1.364,
ir visokių kitokių susirgimų . . — 365.

1932 met. ausų, nosies ir gerklės klinikoje stacijonarinių ligonių buvo 799 (1931 m. — 576). Iš jų: vyrų — 430,
moterų — 369,
jų tarpe vaikų iki 14 met. amžiaus — 142.

Apskritai imant, stacijonariniai ligoniai išgulėjo 8.640 dienų (1931 m. — 7.068).

Vienai dienai (parai) vidutiniškai tenka 23,67 ligonių (1931 m.—19,3). Bet būdavo ir tokių dienų, kada stigdavo vietų.

Vienas ligonis vidutiniškai gulėjo 10,81 dienų (1931 m. — 12,3).

Gulėjusių klinikoje ligonių suskirstymas ligomis matyti iš II-os lentelės. (Žiūr. II-ąją lentelę).

II-oji lentelė

Stacijonariniai ligoniai.

Eilės Nr.	Dijagnozė	Atskiras susirg. skaičius	Bendras skaičius
	A.		
	Ausų ligos		
1	Abscessus extraduralis otogen. . .	3	3
2	Cancer auris . . .	4	4
3	Eustachitis bil. . .	17	17
4	Mastoiditis dextra	33	72
	" sinistr.	39	
5	Meningitis otogen.	11	11
6	Otitis externa dextr.	7	17
	" " sin.	10	
7	Otitis interna sin.	1	1
8	Otitis med. ac. dextr.	30	50
	" " " sin.	20	
9	Otitis med. cat. dex.	3	5
	" " " sin.	2	
10	Otitis med. perfor. chr. dextr. . . .	30	62
11	Otitis med. perfor. chr. sin. . . .	32	
12	Otosclerosis . . .	4	4
13	Paralysis n. facialis otogen.	7	7
14	Polypus auris dextr.	11	16
	" " sin.	5	
15	Pyaemia otogen. .	3	3
16	Sepsis otogen. . .	1	1
17	Tbc. auris	1	1
18	Vulnera auris . .	2	2
	Iš viso ausų ligų	276	276
	B.		
	Nosies ligos.		
19	Absces. septi nasi	1	1
20	Adenoides	116	116
21	Cancer nasi . . .	7	7
22	Cristae et spinae septi nasi . . .	19	19
23	Cysta maxillae dextr.	1	1
24	Deviatio septi nasi	61	61
25	Epistaxis	7	7
26	Ethmoiditis dextr.	21	44
	" sin.	23	
27	Hypertr. conchae infer. bilat. .	103	113
28	Hypertr. conchae med. bilat. . .	10	
29	Maxillitis dextr. (Highmoritis) . .	17	39
30	Maxillitis sin. . .	22	
31	Ozaena	3	3
32	Pansinusitis . . .	3	3
33	Polypus nasi . .	23	23
34	Rhinitis atrophica	10	10
35	Rhinitis vasomotor.	10	10
36	Rhinophyma . . .	1	1
37	Rhinoscleroma . .	1	1
38	Sinusitis frontalis	8	8
39	Sinusitis sphenoidalis dextr. . . .	2	5
40	Sinusitis sphenoidalis sin. . . .	3	
41	Tbc. nasi . . .	4	4
	Iš viso nosies ligų	476	476
	C.		
	Burnos, ryklės, gerklės ir kaklo ligos.		
42	Abscessus colli . .	3	3
43	Abscessus epiglottis	1	1
44	Abscessus laryngis	9	9
45	Abscessus linguae	4	4
46	Abscessus peritonsillaris	26	26
47	Angina	5	5
48	Angina Ludowici .	4	4
49	Aphonia hysterica	2	2
50	Cancer laryngis . .	5	5
51	Corpora aliena oesophagi . . .	4	4
52	Corpus alienum bronchi	1	1
53	Epulis	3	3
54	Hypertr. tonsillar.	80	80
55	Laryngitis ac. . .	4	4
56	Lues laryngis III. .	2	2
57	Osteomyelitis maxillae . . .	2	2
58	Paralysis pl. vocalis	3	3
59	Parulis	4	4
60	Pharyngitis ac. . .	6	6
61	Stenosis laryngis .	1	1
62	Stenosis oesophagi	1	1
63	Tbc. laryngis. . .	3	3
64	Tonsillitis chr. bil.	145	145
65	Trombus venae jugularis . . .	2	2
66	Tumor oesophagi	1	1
	Iš viso burn., rykl., gerkl., kakl. ligų	321	321

Eil. Nr.	Operacijų pavadinimas	Skaičius		
		1930 m.	1931 m.	1932 m.
6	Operatio auris intern. (labirint.). .	—	—	3
7	Operatio mastoiditis Bezoldi . . .	—	4	1
8	Antrotomia simplex	43	60	44
9	Oesophagoscopia	—	2	10
10	Resectio venae jugularis	—	—	2

1932 met. ausų, nosies ir gerklės klinikoje mirė 10 ligonių dėl šių priežasčių:

6 — dėl otogeninio meningito Visi jie atvyko į kliniką jau su šituo susirgimu. Keturiems iš jų, kaip ultimum refugium, buvo padarytos atitinkamos operacijos, bet be vaisių.

2 — dėl pyėmijos taip pat otogeninės kilmės; abudu buvo operuoti, bet be vaisių.

1 — dėl meningito rinogeninės kilmės (sarcoma basis cranii inoperabile).

1 — post resectionem septi nasi (status thymicolymphaticus).

Kai dėl meningitų otogeninės kilmės, tai, kaip jau paminėta II-je lentelėje, mūsų klinikoje 1932 m. buvo jų 11. Iš to skaičiaus 6 mirė klinikoje. 3 — išsirašė beviltiškoje būklėje (giminės atsiėmė). 2 (!) — kuriems buvo padaryta atitinkama vidinės ausies (labirintito) operacija, išsirašė pasveikę. Vienam iš tų dviejų buvo serozinis meningitas, antram — pūlingas. Visų meningitų dijagnozės patvirtintos liumbalinės punkcijos duomenimis. Smulkiau apie šituos meningitus teks atskirai pakalbėti.

1932 met. ausų, nosies ir gerklės klinika turėjo šias pajamas, (grynais pinigais):

už ligonių laikymą, gydymą bei operacijas . — 86 376,50 lt.
už maisto liekanas . . . . — 90,00 lt.

Iš viso . — 86.466,50 lt.
(1931 m. — 59.897)

Už ligonius klinikai liko skolingos ligonių kasos, valsčių savivaldybės ir t. t — 15.491 lt.

Be to, klinikoje 1932 m. gulėjo ir gydėsi policijos tarnautojai, už kurių gydymą klinikai neapmokama, tačiau jųjų gydymas, prisitaikant bendrų normų, įvertinamas — 2.119, 50 lt. Taigi, jei visi gulėję 1932 met. ligoniai būtų atsiskaitę, klinika būtų įnešusi į valstybės iždą — 104.077 lt. (86.466,50 + 15.491,00 + 2.119,50).

Už 1931 met. klinikai ligoniai buvo likę skolingi — 12.236 lt.; 1932 m. grąžinta — 8.861, liko negrąžinta dar — 3.375 lt. Taigi, 1933 metams ligonių skolos klinikai išaugo iki — 18.866 lt.

1932 met. ausų, nosies ir gerklės klinika sąmatinių
išlaidų turėjo . . . . — 50.712,52 lt.
(1931 m . . . . — 54.989,57 lt.)
vaistams ir tvarstomajai medžiagai . . . . . . — 9.144,85 lt.
švaros priežiūrai . . . . — 7.669,86 lt.
maistui . . . . — 23 525,94 lt.
Turtui papildyti:
mokslo inventoriui . . . . — 1.490,95 lt.
ūkio inventoriui . . . . — 2.950,75 lt.
knygoms . . . . — 1.485,02 lt.
Grynais pinigais pajamos pralenkė išlaidas . . . . — 35.753,98 lt.
(86.466,55 — 50.712,52). Pernai, t. y. 1931 m. pajamos pralenkė išlaidas tik . . . . — 4.907,38 lt.

Jei prie pajamų, gautų grynais pinigais, priskaitysime ir skolą ir policijos valdininkų gydymą, tai pajamos pralenktų išlaidas — 53.364,48 lt. (104.077,00 — 50.712,52).

Į aukščiau nurodytą išlaidų sumą neįtrauktos personalo algos, klinikos apšildymas bei apšvietimas, kadangi šitų išlaidų padengimas ėjo nė per klinikos raštinę, bet per bendrą universiteto kanceliariją.

1933 metams sausio mėn. 1 dienai ausų, nosies ir gerklės klinikos.

kilnojamojo turto vertė siekė	— 158.677,92 lt.
mokslo inventoriaus	— 45.636,89 lt.
ūkio inventoriaus	— 91.023,83 lt.
knygų bei žurnalų	— 22.017,20 lt.

1932 met. ausų, nosies ir gerklės klinikos knygynas pasipildė 14 tom. (žurnalų — 8, knygų — 6), (buvo — 668 tom.).

Klinikos personalą sudarė: Vyr. klinikos asistentas J. Zubkus, jaun. klinikos asistentai J. Statkevičius ir O. Purtokaitė (pastaroji gydytojo laboranto teisėmis). 4 — gailest. seserys, iš kurių vyresnioji E. Matulionienė. 5 — slaugytojos. 1 — siuvėja. 1 — raštvedys 1 — tarnaitė-virėja.

Dr. D. Jasaitis.

Ligonių kasos ir gydytojai[1]).

Šitas klausymas turi būti sprendžiamas atsižvelgiant į ligonių kasų sudėties elementus: apdraustuosius, ligonių kasas ir gydytojus. Pastarieji de jure nėra kasos sudėtinė dalis, bet de facto gydytojai ligonių kasų gyvenime eina vienas iš svarbesniųjų pareigų, nors neturi dabartiniame ligonių kasų įstatyme numatytų jokių teisių.

Mūsų krašto ligonių kasos organizuotos kitų kraštų tokių pat įstaigų pavyzdžiais. Kituose kraštuose tos institucijos jau turi savo istoriją. Pradžioje jos, neturėdamos pavyzdžių, savo darbą dažnai tvarkė ne visų tinkamiausiu būdu, bet klaidžiodamos. Pas mus turėtų būti kitaip. Bet, pasirėmus ketverių metų duomenimis, reikia konstatuoti, kad ir mūsų ligonių kasos daro tas pačias klaidas, kurios buvo daromos kitose šalyse. Tatai greičiausiai atsitinka dėl to, kad daugiausia tą darbą dirba žmonės, nepakankamai susipažinę su tuo klausymu, jo istoriniu turiniu ir rutuliavimosi išdavomis.

Mano straipsnelis turi uždavinį bent trumpais bruožais nušviesti klausymą „Ligonių kasos ir gydytojai“. Žinoma, negalima mažame straipsnelyje tos visos problemos suimti, todėl aš tekalbėsiu vien apie tai, kuriais pagrindais turėtų tartis bendradarbiavimui gydytojai ir ligonių kasos.

Gydytojų darbas ligonių kasoje gali būti tvarkomas šiais būdais:

---

[1]) Pranešimas, skaitytas VI-ajam Lietuvos Gydytojų Sąjungos Atstovų suvažiavimui 1933. III. 19 d.

1. fiksuotąja gydytojų systema;
2. aprėžtojo gydytojų pasirinkimo systema;
3. laisvojo gydytojų pasirinkimo systema;
4. ambulatorine systema.

I-ąja systema kasose apsidraudusieji gali kreiptis tik į tam tikrus gydytojus. Dažniausiai tokiais būna atskirų rajonų gydytojai. Specijalią pagelbą teikia taip pat aprėžtas gydytojų skaičius. Šitai systemai yra labai artima aprėžtojo gydytojų pasirinkimo systema — joje turi būti ne mažiau kaip du gydytoju.

Trečioji systema tėra praplėtimas pirmosios ir antrosios. Jos supratimu, kiekvienas gydytojas gali apdraustuosius asmenis gydyti. Antra vertus, visi apdraustieji turi teisės kreiptis laisvai į bet-kurį gydytoją.

Gyvenime tokios neaprėžtai laisvos gydytojų pasirinkimo systemos beveik nėra. Išimtį sudaro Bazelio ir Ciuricho miestų ligonių kasos. Labiausiai yra išsiplatinusi vadinama organizuotojo laisvo gydytojų pasirinkimo systema (organisierte freie Aerztewahl). Pagal šitą systemą, *organizuotieji gydytojai sudaro sutartis su ligonių kasa* ir kasos apdraustieji laisvai gali kreiptis į kiekvieną gydytoją, įrašytą į ligonių kasos gydytojų sąrašą.

Nuošaliai visų šitų trijų systemų stovi ambulatorinė systema. Ji kiek primena fiksuotąją gydytojų pasirinkimo systemą. Tik tarp jų yra toksai skirtas. Pastaruoju atveju gydytojas neturi visiškai laisvės, nes jis dirba kaipo kasos valdininkas. Būstinę, įrankius ir visus kitus reikmenis parūpina ligonių kasa.

Tos systemos šalininkai operuoja šiais argumentais. Jų nuomone, privatūs gydytojai, negalėdami tinkamai įsitaisyti savo kabinetus, negali moderniškai gydyti ligonių. Pavyzdžiui, Vienos darbininkų draudimo kasa samprotauja šitaip:

„Negalima užginčyti, kad dažnai dėl butų stokos kasos gydytojų palaukiamieji ir darbo kambariai neatitinka savo tikslo. Taip pat gydytojų inventorius nėra pakankamoje aukštumoje, kurią nurodo dabartinis medicinos mokslas. Yra viena išeitis — tat plėsti esamas ir steigti naujas ambulatorijas“.

Šitos systemos šalininkai teigia, kad tuo būdu galima papiginti gydymo darbas.

Bet ta pati Vienos darbininkų draudimo kasa, gavusi patyrimų iš įsteigtų ambulatorijų darbo, štai ką rašo: „Teisybė, ambulatorijų, įtaisytų pagal moderniškos medicinos reikalavimus išlaikymas yra nuodėmingai brangus (sündteuer). Iš dalies pasitvirtina nuomonė, kad ambulatorijų įkūrimas didina susirgimų skaičių“. Tai pačių ligonių kasų išvada, paremta praktikos stebėjimais. Pridėkime prie to dar, kad šita systema ati-

ma iš gydytojų visą individualumą, padaro juos amatininkais, kas prieštarauja dabartiniams gydymo mokslo reikalavimams. Mūsų sąlygose šita systema taip pat netinkama. Mūsų gydytojai kol kas nėra pauperizuoti, todėl jų palaukiamieji kambariai bei kabinetai ir mediciniškasis inventorius su prietaisais yra tinkamoje aukštumoje. Jeigu ir yra šitoje srityje kaikurių trūkumų, tai, pridėjus kiek energijos ir pastangų, galima būtų pasiekti visai tinkamų ir pakenčiamų rezultatų.

Šitai systemai Lietuvoje įsigalėti neleidžia ligonių kasų neturtas. Dabartinės kasų įplaukos yra tiek aprėžtos, kad jos leidžia tik galą su galu sumegzti. Todėl mes ir nerandame kol kas šitos systemos Lietuvoje. Bet galima tikėtis, kad mūsų kasų vadovybės mėgins jas pernešti į mūsų kraštą. Ypatingai tas klausymas gali suaktualėti dabar, nes ji dažniausiai atsiranda tik kaipo priemonė kovoti su teisingais ir teisėtais gydytojų reikalavimais. Su kaikuriais šitos systemos minusais susitiksime dar ateityje.

Dabar peržvelkime, kurios systemos yra kituose kraštuose.

Anglijoje, Francūzijoje, Liuksemburge, Bulgarijoje, Čili ir kaikuriuose kituose kraštuose, kuriuose yra laisvas apsidraudimas, — įstatymas yra numatęs laisvojo gydytojų pasirinkimo systemą. Kituose kraštuose tasai klausymas yra paliktas atviras, ir jį sprendžia ligonių kasos su gydytojais sudarydamos sutartis.

Anglijoje apdraustasis gali kreiptis į kiekvieną gydytoją, įrašytą į kasos gydytojų sąrašą. Anglijoje, Škotijoje ir Valijoje yra 38.400 praktikuojančių gydytojų, iš kurių daugiau kaip 16.800 dirba ligonių kasose. Pramonės centruose beveik kiekvienas gydytojas yra draudimo įstaigos gydytojas. Kaikuriose Anglijos vietose yra aprėžimas (allocuntion schema), kuris numato, kad vienam gydytojui netektų daugiau kaip 2.500 apdraustųjų, kitiems 1.500 apdraustųjų turi būti asistentas. Asistentą gydytojas gali turėti tik kasai sutikus, o du asistentu turėti gali leisti sveikatos ministeris. Vidutiniškai imant vienam kasos gydytojui Anglijoje tenka 930 apdraustųjų (Dr. Cox, London).

Francūzijos ligonių kasų įstatymas (1930. IV. 30 d.), kadangi jisai buvo ilgai ruošiamas ir jam paruošti dalyvavo gydytojai, labiausiai atsižvelgė į gydytojų pageidavimus. Ten yra laisvas gydytojų pasirinkimas (4 p. 2 §).

Liuksemburge taip pat viešpatauja laisvo gydytojų pasirinkimo systema. Kasoje dirba 176 gydytojai. Liuksemburgo kasos gali susitarti su atskirais gydytojais, bet apdraustieji gali kreiptis į kiekvieną gydytoją. Tuomet kasa atlygina tik tiek, kiek moka kasa savo gydytojams.

Bulgarijos ligonių kasose apdraustieji pasirenka gydytoją iš kasos gydytojų sąrašo ir dažniausiai vieneriems metams. Metų eigoje galima pakeisti gydytojas tik gydančiam gydytojui ar gydymo inspektoriui sutikus. Vienam gydytojui skiriama 750 apdraustųjų.

Panašiai yra Čili valstybėje.

Mažiausiai yra suvaržyti Šveicarijos gydytojai. Šito krašto įstatymai sako, kad, jeigu ligonių kasa sutinka savo nariui teikti medicinos pagelbą, tai jisai turi teisę pasirinkti sau gydytoją savo gyvenamoje vietoje ar jos apylinkėje.

Atsižvelgiant į Šveicarijos sąlygas, kalnų sričių gydytojams, kur gyventojų yra labai reta, leista dirbti už fiksuotą atlyginimą, ir jų skaičius yra ten aprėžtas.

Laisvą gydytojų pasirinkimą randame Norvegijoje, Austrijoje, Olandijoje, Italijoje ir Australijoje. Pastarojoje vienam kasos gydytojui *tenka 300 apdraustųjų.*

Japonijoje *draudimas atiduotas praktikuojančiųjų gydytojų sąjungai.* 1929 m. čia dirbo ligonių kasose 32.503 gydytojai.

Kiek panašiai tasai darbas organizuotas Danijoje. Už Kopenhagos ribų apdraustasis gali kreiptis į kiekvieną 10 kilometrų spinduliu gyvenantį gydytoją. Miestuose gydytojai dažniausiai pasirenkami vieneriems metams; provincijoje galima *į naują gydytoją kreiptis su kiekviena nauja liga.* 1920 m. iš 1972 gydytojų kasose dirbo 1.183.

Vokietijoje kasų dauguma turi laisvojo gydytojų pasirinkimo systemą, kuri kartais gali būti labai aprėžta, nes įstatymas įpareigoja organizuoti pasirinkimą tik tarp dviejų gydytojų. Jei apdraustasis priima išlaidų siurpliusą, tai jisai gali kreiptis į kiekvieną gydytoją. Kadangi Vokietija didelis kraštas, tai jame mes galime sutikti įvairių rūšių sutarčių su gydytojais. Šalia laisvojo gydytojo pasirinkimo systemos mes čia randame ir ambulatorinę systemą. Pavyzdžiui, Berlyno kasa turi 38 tokias ambulatorijas narių šeimoms gydyti. Be ambulatorijų, Vokietijos ligonių kasos turi dar savo rentgeno kabinetus ir fyzijoterapijos įstaigas.

Vokietijoje iš 45.000 praktikuojančiųjų gydytojų ligonių kasoje dirba 35.000. Paskutiniu laiku nutarta įrašyti į sąrašus dar 3.000 naujų gydytojų. Tuo pat laiku *Vokietijos ligonių kasos turi apie 30.000 valdininkų.*

Vengrijoje lig. kasų gydytojai dirba už fiksuotą atlyginimą. 1929 m. iš 7.403 gydytojų dalyvavo 6.351 asmuo. Didelėse ligonių kasose, kurias aprūpina keli ar keliolika gydytojų, apdraustieji gali kreiptis į kiekvieną iš jų.

Jugoslavijos ligonių kasos įstatymas gydytojų pasirinkimo systemą palieka atvirą. Bet šiuo metu nėra tenai laisvojo gydytojo pasirinkimo. Apdraustuosius gydo arba fiksuotieji gydytojai — kasos valdininkai — arba kasos ambulatorijos. *Gydytojo fiksavimas paremtas kolektyvia sutartim su gydytojų organizacija.* Gydytojai, kurie aprūpina daugiau kaip 800 narių, yra gydytojai valdininkai. Tokių gydytojų yra 12,4% iš viso kasos gydytojų skaičiaus. Vidutiniškai kiekvienam gydytojui tenka 440 apdraustųjų. Gydymo darbą tvarko vyresnieji gydytojai. Kasose, turinčiose mažiau negu 30.000 apdraustųjų, vyresnieji gydytojai taip pat ir gydo; didesnėse kasose jie tik kontroliuoja. 1927 m. ligonių kasose dirbo tik 1.077, t. y. daugiau kaip ⅓ visų Jugoslavijos gydytojų. 11,6% lig. kasų gydytojų yra specijalistai gydytojai. Jugoslavijos ligonių kasos turi, be to, dar 106 gydymo vietas ir daug įvairių savo įstaigų.

Panašiai dalykai yra organizuoti Lenkijoje. 1929 m. vakarų Lenkijoje (buv. Vokietijos dalis) susitarta, kad ligonių kasose apdraustieji gali laisvai pasirinkti gydytoją. Kitose Lenkijos dalyse veikia tik ambulatorijos, kuriose dirba pasamdytieji gydytojai. Ligoniai gali pasirinkti tik ambulatorinius gydytojus. Iki 1924 m. galo tokių ambulatorijų Lenkijoje buvo daugiau kaip 312. Galutinai sergančius ligonius aprūpina specijalūs rajoniniai gydytojai, kurie turi kasdien aplankyti apie 12 ligonių. Tik rajoninis gydytojas gali siųsti kasos ligonį pas specijalistą. 1926 m. ligonių kasose dirbo apie 2.800, t. y. apie ⅓ Lenkijos gydytojų.

S. S. S. R. privati gydytojų praktika persekiojama. Apdraustuosius gydo dažniausiai įstaigų gydytojai arba valstybės išlaikomos gydymo įstaigos. Ukrainoje buvo 1.130 gydymo įstaigų, iš jų 763 kaime. Jeigu ligonis negali atsikelti, tai jisai praneša į gydytojo apsilankymo biurą. Jei pranešta iki 12 val. dienos, tai ligonis aplankomas tą pačią dieną. Išimtinais atvejais duodamas slaugytojas.

Čionai kiek ilgiau sustosime ties Latvijos ligonių kasų sutvarkymu. Tenai visus kasos gydytojus registruoja „mišrioji komisija“. Apie naujų gydytojų priėmimą sprendžia „paritetinė komisija“, kurią sudaro 2 gydytojai ir 2 kasos atstovai. Patariamąjį balsą turi kontrolės gydytojas. Kad teisingai būtų paskirstyti gydytojai, yra išleistos atitinkamos normos, pagal kurias kiekviena kasa kiekvienai specijaliai medicinos šakai turi *turėti bent po 3 gydytojus.* Kasose, kurios turi

iki	5.000	narių,	1 gydytojas	skiriamas	200-am	apdraustųjų	
„	10.000	„	„	„	250	„	„
„	15.000	„	„	„	300	„	„
„	40.000	„	„	„	350	„	„
„	45.000	„	„	„	500	„	„

Šalia to yra kasų, kurios turi savo ambulatorijas, kuriose gydo pasamdytieji gydytojai. Didelis Latvijos ligonių kasų minusas, kad ten daugiausia vyrauja politinės partijos.

Schemiškai peržvelgę gydytojų dalyvavimo lig. kasų darbe systemų įvairiose valstybėse paskirstymą, pamėginkime susiorijentuoti, kuri iš minėtųjų systemų yra tinkamiausia. Jau aukščiau padaryta apžvalga rodo, kad daugumoj valstybių veikia aprėžtasis laisvas gydytojų pasirinkimas, kaikuriose visiškai laisvas gydytojų pasirinkimas ir negausingose valstybėse apdraustųjų sveikatą aprūpina lig. kasų ambulatorijos. Kitaip būti negali. Jau pradžioje aš esu minėjęs, kad klausymas „Ligonių kasos ir gydytojai" turi būti išspręstas atsižvelgiant į apdraustųjų, gydytojų ir ligonių kasų, kaipo įstaigų, reikalus.

Visiškai laisvas ar aprėžtai laisvas gydytojų pasirinkimas geriausiai atitinka apdraustųjų ir gydytojų reikalus. Nei viena nei antra grupė prieš tai neprotestuoja. Ligonių kasų dauguma yra sudaryta demokratiškais pagrindais. Net diktatūros kraštuose, kuriuose iš tautos suverenės teisės yra atimtos ir sukoncentruota pajėga diktatorių asmenyje, ligonių kasoms paliekamos teisės jų nariams suvereniškai dalyvauti kasų tvarkyme. Bet tasai suvereniškumas ir demokratizmas pasireiškia ir trunka dažnai tik tol, kol būna išrinkta lig. kasos taryba. Nuo to momento prasideda kartais autokratiškas kasos reikalų tvarkymas, kuris neretai varomas *visiškai neatsiklausiant apdraustųjų.* Laisvas gydytojų pasirinkimas iš dalies yra tų savivaldos teisių atvaizdas. Ligonių kasų istorija rodo, kad ten, kur nors kartą buvo įvestas laisvas gydytojų pasirinkimas, *ten toji systema negali būti panaikinta,* nes kasos nariai pareikšdavo aktingą pasipriešinimą. Tvirtinimai, kad kasos nariai nėra pakankamai kompetentingi gydytojų pasirinkimo klausymu ir kad sąvoka *„Vertrauensarzt" — „pasitikėjimo gydytojas" yra nieko nereiškianti ir beprasmiška, neatitinka tikrenybės.* Prieš pasirinkdamas gydytoją, ligonis tą klausymą gerai išnagrinėja. Jisai visuomet surenka eilę argumentų, kurie pagamina psychologinę bazę ir atitinkamą nuotaiką, verčiančią kreiptis į vieną ar kitą gydytoją.

Visai nerimti motyvai, kai laisvojo gydytojo pasirinkimo priešininkai nurodinėja į tai, kad kaikurios mažos privačios kasos turi vieną tik samdytą gydytoją. Bet tos kasos dažniausiai yra labai negausingos ir parinktasis gydytojas gali būti bendro pasitikėjimo gydytojas.

Gydytojas, nors kaikas ir nori taip manyti, *nėra paprastas amatininkas,* kaip kad ir gydymo darbas nėra paprastas amatininkiškas veiksmas. Gydymo darbas yra sui generis menas. Tame mene daug reiškia ir nulemia nesveriamos vertybės. „Ligos ir sveikatos" klausymais tikėjimas ir pasitikėjimas daž-

nai vaidina svarbesnį vaidmenį už faktiną žinojimą. Tat kiekvienam yra žinoma. Tikėjimas ir pasitikėjimas dažnai sutampa su išgijimu ir išgydymu... Ne tik Šventame Rašte pabrėžiama, kad tikėjimas padaro laimingus, bet tat neginčytinas svarbus veiksnys kasdieniniame gyvenime. Nurodytasis gydytojas sutinkamas su kaikuriu nepasitikėjimu, nes jisai nėra paties ligonio pasirinktas, bet ligonių kasos valdybos įgaliotas, ir turi jos pageidavimų laikytis ir jais vadovautis. Tuo būdu skirtinių gydytojų systema visiems ligoniams, kurie sugeba tą klausymą apsvarstyti, yra nepasitikėjimo šaltinis, kuris trukdo išgijimą ir gydytojo pasisekimą. „Juo didesnė ligonio laisvė pasirenkant gydytoją, juo didesnė gydytojo laisvė gydymo reikalu, juo nuošaliau tais klausymais ligonių kasa stovi, juo sėkmingiau susidaro tarpusavis gydytojo ir ligonio pasitikėjimas, kuris yra būtinas kovojant su įvairiomis ligomis..., o nepagydomose ligose yra vienintelis nusiraminimas... Pasitikėjimas yra tat, ko negalima paliepimu ir prievarta išugdyti... jis nėra objektingas (kasdieniniu to žodžio supratimu), bet jisai priklauso nesveriamiems ir neaprašomiems sielos pojūčiams (Empfindungen). Kaip kareivių pasitikėjimas savo vadais yra sąlyga pasiekti pergalę, taip ir ligonių įtikėjimas į savo gydytoją išgijimui daugiau reiškia už objektingiausią ištyrimą ir gydymą. Nuo tų svarbių gydymo faktorių, nuo tos apdraustojo apsisprendimo teisės ligonių kasa gali atsisakyti tik tuomet, jei būtų įrodyta, kad laisvas gydytojų pasirinkimas griauna iš pagrindų kasos ūkį“. Taip kalba šituo klausymu dr. W o l f f.

Su cituojamomis mintimis verčia sutikti ir paskutinių metų medicinos mokslas, kuris vis dažniau pradeda žiūrėti į žmogų ne kaip į paprastą retortą, kurioje dynamiškai vyksta įvairios fyzijologiškos ir bijologiškos reakcijos, bet kaip į gyvą komplikuotą organizmą, individą, kuriam pagydyti reikia suaktyvinti, mobilizuoti sielos pradas, žmogaus asmens „entelechija“, kurie tik vieni gali sutvarkyti ir atitaisyti suirusią žmogaus organizmo bijologiškąją pusiausvyrą.

Laisvojo gydytojų pasirinkimo systema geriausiai apsaugo ir gydytojus. Toji systema padaro normalius santykius tarp gydytojų ir ligonių kasų. Einant kita kryptimi tie santykiai yra karingi, šiurkštūs. Viena šalis antrai nuolatos daro įvairius nenormalumus. Kasose, kuriose įvyksta toksai laisvas susitarimas, gydytojai neretai, kur tik galima, paremia lig. kasą, jos parėdymus ir autoritetą. Jau tas vienas symptomas turėtų daug nulemti sudarant sutartis su gydytojais.

Čionai buvo sustota ties psychologiniais, sielos faktoriais. Be jų, dar yra visa eilė kitų. Visų pirma bus pravartu sulyginti ligonių kasos narių gydymas laisvojo gydytojų

pasirinkimo systemai veikiant su gydymu esant fiksuotam, pasamdytam, aprėžtam gydytojų skaičiui. Pirmuoju atveju gydymas vyksta normaliomis vėžėmis, jis duoda ligoniui maksimumą teisių, kasos ligonis gauna beveik tą patį gydymo būdą kaip privatūs ligoniai. Privatus gydymas ir tie santykiai, kurie tuo atveju susidaro tarp ligonio ir gydytojo, yra gairės, kurias turi siekti ligonių kasos. Paimkime pavyzdį iš Šiaulių apygardos ligonių kasos. Ji per metus išduoda apie 12.000 ligonių lapelių. Prileidę, kad su kiekvienu lapeliu buvo du kartu apsilankyta pas gydytoją, gausime 24.000 vizitų. Padalinę šitą skaičių iš 35 kasos gydytojų, gausime apie 686 vizitus kiekvienam gydytojui per metus, arba 2,5 ligonio per dieną. Tas skaičius yra apytikris, nes dalis gydytojų jį turi didesnį, dalis — mažesnį. Bet vis dėlto kasos ligonių skaičius yra nežymus ir neapsunkinąs. Todėl gydytojas gali jį paprasta tvarka ir su atitinkamu akylumu ištirti. Sunku galvoti, kad šituo atveju gydytojas turėtų du būdu ligoniui tirti, iš kurių vienas būtų privatiems, antras kasos ligoniams. To nėra, nes neekzistuoja psychologinių motyvų. Paviršutiniškas darbo teikimas gali būti tik ten, kur ligonių kasos gydymo darbą atiduoda aprėžtam samdinių - gydytojų skaičiui, nes ten gydytojas vistiek gaus tam tikrą atlyginimą ir jam nerūpi patraukti į save ligonius. Visai kas kita, kur yra pasirinkimo principas. Gydytojas — jau atmeskime kitus motyvus — norėdamas išsidirbti sau gerą vardą — rūpinsis vien komerciniais sumetimais, — kasos ligoniui suteikti pagelbos maksimumą. Šituo atveju dalis gydytojų gali pavartoti ir kaikurias netinkamas, *kasai nuostolingas priemones, savo populiarumui padidinti.* Pav., be reikalo atleisti nuo darbo, prirašinėti pergausiai vaistų ir panašiai. Bet su tuo nesunku susitarus su gydytojų organizacijomis kovoti. Ketverių metų darbas parodė, kad ta kova visuomet pasiekia savo tikslą. Tad tie priekaištai neturi būti argumentais, naudojamais prieš laisvąjį gydytojų pasirinkimą.

Atidavus ligonių kasos narių gydymą aprėžtam gydytojų skaičiui, susidaro jau plačiai žinoma masinio darbo (Massenbetrieb) sąvoka. Statistika rodo, kad dažnas atsitikimas užsieniuose, kai vienas lig. kasos gydytojas diena iš dienos turi priimti po 40 ligonių. Taip pat neretas atsitikimas, kad jis, ypatingai rudens ir žiemos metu, priima po 60 ir 80 ligonių ir rekordinėmis dienomis net 100 asmenų. Taip yra Vokietijoje. Panašiai yra ir S. S. S. R., k. a.:

Oriechovo-Zujeve	kasdien	vidutiniškai	priimami	75	pacijentai
Tver-Don'o srityje	„	„	„	100	„
Iževske — akių gyd.	„	„	„	88	„
„ chirurgas	„	„	„	95	„
„ vidaus ligų	„	„	„	150	„

Reikia atminti, kad tų apžiūrėjimų dalis reikia atlikti nuvykus pas ligonį į namus. Tas dar labiau sutrumpina darbo laiką. Prie to masinio darbo veda noras ir pastangos kasos gydytoją visiškai aprūpinti darbu. Kiekvienam galvojančiam aišku, kad tomis sąlygomis gydytojo darbas privedamas prie paprasto formalumo. Nors dabar technikos amžius, bet niekur dar nepavyko gydymo sutvarkyti *ir įvesti į fordizavimo normas.* Ir todėl tose kasose ligoniui gydytojas gali pašvęsti 3—5 minutes laiko. Žinoma, jog tomis darbo sąlygomis negali būti kalbos, kad gydytojas pritaikintų kauzalę terapiją, kad jisai pačioje pradžioje pastebėtų tuberkuliozę ar kurį kitą rimtesnį susirgimą. Gydymas yra vien symptominis. Gydytojas ligonį aprūpina iš anksto atspausdintais numeruotais receptais. Tose sąlygose nukenčia ir nuo darbo atleidimas. Gydytojas ir šitą klausymą sprendžia grynai formaliai. Kartais atleidžia be reikalo. Ir priešingai, liepia dirbti tikram ligoniui.

Todėl visai nenuostabu, kad vis labiau plečiasi laisvojo gydytojų pasirinkimo systema. Ir 1927 m. Tarptautinė darbo biuro konferencija Genevoje, apsvarsčiusi šitą klausymą, *nusprendė rekomenduoti visoms valstybėms laisvojo gydytojų pasirinkimo systemą.*

Tad kas gi kovoja su šita systema? Ligonių kasų istorija rodo, kad jos didžiausi priešininkai yra lig. kasų administracija. Jos svarbiausias argumentas yra tas, kad esant šitai systemai kasos lėšos netiksliai leidžiamos. Bet statistika kalba priešingai. Vokietijos ligonių kasų istorija, kuri gali skaityti jau dvidešimtmetinę kasų su laisvu gydytojų pasirinkimu istoriją, neranda atsitikimų, kad kuri-nors kasa dėliai to būtų bankrotavusi, kad jos išmokėjimai tiek nariams, tiek ir jų šeimoms ir jų ekonomiškas klestėjimas būtų blogesnis už tų kasų, kurios vengia tos tvarkos. Panašiai kalba ir neilga Lietuvos ligonių kasų istorija. Jeigu Lietuvos kasų piniginė būklė yra sunki, tai ne dėl to, kad jos leidžia savo nariams laisvai gydytojus pasirinkti. Visų pirma čionai reikia kaltinti tvarka, pagal kurią sudaromas ligonių kasų kapitalas, o antron kaikurie netikslumai gydymo kontrolės darbe.

Ligonių kasos visuomet nurodinėja, kad esant laisvam gydytojų pasirinkimui chronikai ligoniai stengiasi aplankyti visus tos pačios specijalybės gydytojus. Bet jeigu ir yra taip, tai čionai visai nekalti gydytojai, kurie dažniausiai net nežino apie tai, kad ligonis anksčiau tuo pat reikalu buvo kreipęsis į kitą gydytoją. Bet su tuo apsireiškimu galima įvairiai kovoti. Tiksliausiai būtų, jei kasos pasirūpintų kiek galima plačiau vykdinti faktišką gydymo kontroliavimą. *Kontrolės organas turėtų mažiau sėdėti kasos būstinėje ir daugiau pažinti ligonių*

būklę. Tas pats tikslas galima būtų pasiekti įpareigojant lengvai sergantį chroniką išlaidų dalį paimti ant savęs. Sunkiai sergančių chronikų (džiovininkų, vėžininkų ir pan.) bausti negalima, nes jų liga reikalauja nuolatinio sekimo ir pasimatymas bei pasitarimas su pasitikimu gydytoju yra vienintelė jų pagelba ir vienintelis nusiraminimas. Šituo atveju gydytojai, gal būt, daugiau nukenčia negu kas kitas. Nuolatinis skundimasis, desperacija, bejėgiškumas, kuriuos kiekvienas sunkus chronikas atsineša su savim, tiesioginai veikia gydytoją. Ir jeigu gydytojas tą viską pakelia ir perkenčia, tai dėl to, kad tat daryti yra jo pareiga.

Išlaidoms sumažinti tokie nesunkūs chroniškai būtų galima ilgesniam laikui pririšti prie vieno gydytojo, pav., vietoje vieno mėnesio, tris mėnesius.

O ligonių kasų finansinei būklei sustiprinti reikėtų apdraustieji vienyti, bet ne skaldyti. Šituo atžvilgiu daromos didelės klaidos. Didžiuliuose kraštuose gali būti atskirai ir geležinkelių ir Lietuvos Banko, ir Šv. Zitos, ir elektros stoties ligonių kasos. Bet Lietuvoje tasai beždžioniavimas netikslus ir neduos gyvų daigų. Vietoje kapitalo didinimo — jis skaldomas. Tuo pat apsunkinamas susitarimas ir su gydytojais.

Žinoma, laisvojo gydytojų pasirinkimo systema kasoms nepageidaujama ir todėl, kad gydytojai yra mažiau nuo jų priklausomi, gali labiau pareikšti savo individualumą. Taip pat toje systemoje gal kiek yra sunkesnis kasos kanceliarijos darbas.

Baigdamas savo pranešimą noriu kiek sustoti ties ligonių kasų g y d y t o j ų s t a ž o klausymu. Daugumoje kraštų tasai klausymas neegzistuoja. Kiekvienas gydytojas, turįs įstatymų numatytas kvalifikacijas, turi teisę dalyvauti ligonių kasose. Toksai klausymo išsprendimas yra visai natūralus. Jei gydytojas gali verstis privačia praktika, tai nėra jokio teisinio pagrindo neleisti jam gydyti kasų ligonių. Gydytojui pareigų ėjimą, t. y. praktikavimą, gali suvaržyti tik teismas. Dėl to gydytojai neturi būti ta prasme nustumiami nuo jų profesinio darbo.

Kitas reikalas, kuriuo titulu gydytojas nori lig. kasoje dirbti. Jeigu jisai nori būti chirurgas, akušeris, odos ligų gydytojas ar terapeutas ir tik toje srityje išimtinai dirbti, tuomet yra pagrindo reikalauti iš jo atitinkamo pasiruošimo. Bet ir šituo atveju klausymas lengvai išsprendžiamas. Reikalinga tik pritaikinti tos pasiruošimo normos, kurios yra nustatytos visam kraštui. Lietuvoj tokių normų nėra. Todėl ligonių kasos turi pagrindo tuos klausymus suaktualinti. Bet turiu pabrėžti, kad patys gydytojai taip pat šituo klausymu yra pakankamai susi-

rūpinę. Šiaulių gydytojų draugijos yra numačiusios šitokias normas:

Vidaus ligų gydytojui	— 2	metus
chirurgui	— 3	„
akušeriui ir gynekologui	— 3	„
kitoms specijalybėms	— 2	„

Žinoma, yra skubus reikalas, kad tos normos būtų nustatytos visai Lietuvai tam tikru įstatymu.

Bet pasiruošimo stažas neturi būti supainiojamas su gydytojo į ligonių kasos gydytojų skaičių įleidimo ir įrašymo klausymu. Juodu nieko bendra tarp savęs neturi. Pirmu atveju mes, gydytojai, eisime su ligonių kasa, antru — mūsų nuomonės skirsis. Lietuvos ligonių kasose dirba didelis gydytojų skaičius, bet jo dydis neprašoka normų, nustatytų kituose kraštuose (Latvijos mažose kasose 1 gyd. 250 apdraustųjų, Australijoje — 300 etc.). Man rodos, kad lig. kasų vienpusiškas pasiryžimas išstumti iš kasos daugelį gydytojų šiuo laiku nėra pateisinamas, ir dėl to tik be reikalo santykiai pablogės. Tat negeistina nei vienai nei antrai šaliai.

Taip pat negali būti normalių santykių, kai gydytojų gydymo darbą pasiima spręsti ligonių kasos, nes jos nėra kompetetingos tat daryti.

Dar žalingiau veikia ligonių kasų ir gydytojų bendradarbiavimą paskutiniu metu duodami spaudai informavimai. Pažvelkime kritiškai į oficijalias informacijas: „Gydytojų draugijos, dažnai nežiūrėdamos į kasos finansinę padėtį, o vien tik į savo profesinius interesus, statančios ligonių kasoms nepriimtinus reikalavimus. Kad savo reikalavimus įvykdytų, gydytojų draugijos nevengiančios griebtis net tokių priemonių, kaip streikas. Dėl to kaikurios ligonių kasos nebegali subalasuoti savo sąmatų ir metus baigia su deficitu“. Ar ištikrųjų taip yra gyvenime? Tat geriausia įrodo gaunami atlyginimai už teikiamą medicinos pagelbą:

Kauno ligonių kasos gydytojai gauna apie 1,5 lito.
Šiaulių ligonių kasos gydytojai gauna už pirmą apžiūrėjimą 2,85 lt. už antrą — 1,90 lt.
Panevėžio lig. kasos gyd. gauna už pirmą 3, už antrą 2 lt.
Telšių „ „ „ „ „ „ 3, „ „ 2 „
Tauragės „ „ „ „ „ „ 3, „ „ 2 „
Ukmergės „ „ „ „ „ „ 3, „ „ 2 „
Marijampolės lig. k. gyd. gauna už kiekvieną apžiūr. 2,20 lt.
Vilkaviškio „ „ „ „ 2 „
Biržų „ „ „ apie 2,5 „

1933 m. daugelyje lig. kasų gydytojai sutinka duoti nuolaidas nuo bendrų sąskaitų iki 20% ir daugiau.

Reikia atminti, kad tos apmokėjimo normos nėra tik dabartinės: jos jau veikia 3—4 metus, kai Lietuvoje ekonominė krizė nebuvo jaučiama, kai ligonių kasos gyveno auksines dienas. Nors medicinos istorija moko, kad jos pirmais protėviais yra skutikai, bet dabar skutiko ir gydytojo pasiruošimas savo specijalybei tapo nelyginami dydžiai, ir noras atlyginimą už jų atliktą darbą suvienodinti yra absurdiškas ir tinkamai atestuoja žmones, kurie tą pareigą pasirinko savo veikimo uždaviniu.

Mano minėtieji skaitmenys rodo, kad ligonių kasų gydytojai gauna vidutiniškai apie du litu už ligonio apžiūrėjimą savo namuose. Ar tat yra tinkamas iš gydytojų pusės atsižiūrėjimas į savo profesinius interesus ir ar tasai reikalavimas yra nepriimtinas ligonių kasai?

Privatūs gydytojai Kaune ima 10—15 litų. Kasa moka 1,5 litų. Kasai daromos nuolaidos yra 6—10 kartų. Provincijoje privatus atlyginimas yra 5—10 litų, ligonių kasos moka apie 2,5 lt., — nuolaidos yra 2—4 kartus. Čion provincijos gydytojai nėra tiek nuskriausti, kaip kad Kaune gyvenantieji. Bet tai įvyko dėl to, kad Kaune yra ypatingos sąlygos ir kad gydytojai nesugebėjo, o gal nenorėjo tų sąlygų nugalėti ir palenkti savo naudai.

Šita proga laikau reikalinga iškelti aikštėn tą faktą, kad Kauno kolegų elgesys mums, provincijos gydytojams, padarė daug materijalės ir moralės žalos. Mums atrodo, kad nuo pat pradžios buvo atsistota į klaidingas pozicijas dedant atlyginimo pagrindan procentinę systemą. Iš to išėjo tokie dalykai, kaip kad punktų „čecharda", gaudymas. Bet daug žalingesnis buvo gydytojų susiskaldymas ir sutikimas daryti pavienes sutartis. Tasai elgesys, kuriam oficijaliai nepasipriešino net L. Gydytojų Są-gos centro valdyba, buvo bendro Lietuvos gydytojų tuo klausymu nusistatymo sulaužymas ir iš to prasidėjo pradžioje užkulisinė ir galop viešoji rekomendacija daryti sutartis tik su pavieniais gydytojais. Ar sutarčių sudarymas su pavieniais gydytojais gali teikti kurių-nors ekonominių pliusų lig. kasoms. Manau, kad ne. Juk Kauno m. lig. kasoje galioja sutartis su pavieniais gydytojais, o vis delto kasa nesuveda galo su galu. Daugumoje kraštų sutartys sudaromos su gydytojų draugijomis ir lig. kasos gyvuoja ne blogiau kaip kad Lietuvoje. Tad visi dabartiniai užsimojimai papildyti lig. kasų iždą atskiromis sutartimis yra nereikalingas klaidžiojimas, kurį pergyveno kiti kraštai. Man rodos, tas klaidžiojimas gema iš to, kad socijalinio draudimo darbo Lietuvoje priešakyje yra pastatyti žmonės, permaža jį pažįstą.

Pavienių sutarčių noras glūdi tame, kad jos leidžia laikyti gydytojus priklausomybėje ir pastumdėliais. Tat galima patirti privačiai kalbantis su lig. kasų valdybomis ir

net kaikuriuose spaudos pareiškimuose. Tiek visur, tiek ypatingai gydymo darbe nešvari konkurencija duoda neigiamų rezultatų. Šitoje srityje gali būti tik neigiama konkurencija, nes žeminti gaunamą atlyginimą jau negalima ir už jį sutiks teikti medicinos pagelbą tik tie kolegos, kurie normaliai dėl tų ar kitų priežasčių nesugeba įsigyti reikalingą laisvų pacijentų pasitikėjimą,

Ar gydytojai pakankamai nuleidžia? Man rodos, kad nuolaidos yra perdidelės. Nė viena kita profesija, teikianti savo darbą lig. kasoms, tokių aukų nedaro (vaistininkai). Priekaištas lig. kasose dirbantiems gydytojams, kad jie pristatą tūkstantines sąskaitas, neišlaiko kritikos, nes jeigu kasos gydytojas gauna 1,50 litų už vieno ligonio apžiūrėjimą ir tat yra skriaudinga, tai, jeigu jisai apžiūrėtų kelis šimtus ligonių, skriauda nesumažėtų, bet pasikartotų tik kelis šimtus kartų. Taip atrodo Vyr. Soc. Draud. Valdybos priekaištai faktų šviesoje.

Panašiai yra su kaltinimu už „streiką". Manau, kad gydytojai, sutartims pasibaigus, atsisakydami dirbti sau nepriimtinomis sąlygomis, nėra prasilenkę Lietuvos įstatymams. Juk nėra buvę atsitikimo, kad gydytojai būtų atsisakę gydyti ligonius kasos narius vien dėl to, kad jie ligonių kasos nariai. Tas dalykas griežčiausiai pasireiškė Vilkaviškyje, bet ir ten gydytojai nustatė normalų honorarą už ligonių kasos narių gydymą 4 litus pas save ir 6 litus ligonio namuose. Be to, nutarė esant indicatio vitalis gydyti net negaunant honoraro. Tad ir čionai iš esmės ir juridiškai nieko negalima jiems prikišti. Gal buvo padarytas formalus lapsus, bet nedaugiau. Bet jei ligonių kasų vadovybėms rūpi lig. kasų narių sveikata, tai reikėjo pritaikyti Lig. kasų įstatymo 41 §-ą, o ne varu versti gydytojus gydyti, nes galėjo a priori žinoti, kad prievarta teikiama medicinos pagelba nebus tobula. Tvirtinimas, kad streikas neleidžia lig. kasoms subalansuoti savo biudžetus, taip pat neteisingas. Pirmiausia, tie susidūrimai su ligonių kasomis įvyko tik šiais metais, o deficitai kaikuriose lig. kasose yra pasireiškę daug anksčiau.

Apskritai, streiko metu medicinos pagelbos teikimo mastas siuarėja ir išlaidos mažėja. Operuodami skaitmenimis, visuomet prieisime išvadą, kad streikai daro sątaupas ir bankrotuojančioms kasoms reikia visuomet jais pasinaudoti.

Gaila, kad L. Gyd. Sąjungos valdyba tokių žinių, kurios kiršina visuomenę prieš gydytojus, iki šiol nedementavo, ir gaila, kad V. Soc. Draud. Valdyba, kuri ypatingai turi būti objektinga, tąsias žinias skelbia.

*

* *

Padarykime išvadas:

1. Kasos ligoniams yra tinkamiausia laisvojo gydytojo pasirinkimo systema. Ji yra priimtiniausia ir gydytojams.

2. Tą systemą pakelia medžiagiškai ligonių kasos.

3. Kur yra pasiskirstymas specijalybėmis, yra tikslu ir reikalinga kasos gydytojams nustatyti pasiruošimo stažas.

4. Reikalinga sutvarkyti gydymo kontrolė.

5. Kiek galima arčiau visų gydymo priemonių formulavimui ligonių kasos privalėtų bendradarbiauti su gydytojais. Ligonių kasų įstatymas turėtų leisti gydytojų atstovui dalyvauti su sprendžiamu balsu Vyriausiojoje Socijalinio Draudimo Valdyboje.

Referatai.

VIDAUS LIGOS.

6. Prof. E. Leschke: **Fortschritte in der Erkennung und Behandlung der wichtigen Vergiftungen.** (Apsinuodijimų pažinimo ir gydymo pažanga). („M. m. W." 1932, 49).

Apsinuodijimas grybais.

Apsinuodijusių grybais skaičius mažėja dėl to, kad mokyklose aiškiname apie grybus ir jų nuodingumą. Bet vis dėlto apsinuodijimų nemaža pasitaiko ar čia dėl to, kad nuodinguosius grybus sumaišo su geraisiais, ar čia dėl to, kad valgo nors geruosius grybus, bet sugedusius.

Grybų nuodingumas gali kartais pareiti nuo grybų paruošimo. Net kiti nuodingieji grybai gali virsti nuodingais, kai juos išverda dideliame vandens kiekyje, kai praplaunama daug kartų vis kitu vandeniu ir kai to grybų vandens valgymui nenaudoja.

1) Apsinuodijimai amanita phalloides (Knollenblätterschwamm), musmirės šeimos grybais.

Juos dažnai sumaišo su šampijonais. Apsinuodijimo reiškiniai pasirodo praėjus 10—12 val. po valgio: esti šleikštulys, dažnas vėmulys ir viduriavimas, smarkūs vidurių skausmai, cyanozės ir blauzdų minkštimų mėšlungiai; pulsas būna dažnas, t^0 krinta. Ligos vaizdas būna panašus į cholerą. Dėliai gausingo vėmimo ir viduriavimų organizme sumažėja vanduo, kraujas sutirštėja ir apsinuodijusieji miršta rytojaus dieną ar kiek vėliau dėl kraujo apytakos nusilpnėjimo. Jei apsinuodijęs pagyja, tai ilgą laiką jaučia didelį silpnumą.

Apsinuodijimą sukelia dar negalutinai ištirtas alkoloidas, kuris pasidaro nuodingas tik skrandyje ir žarnose.

Apsinuodijus minėtaisiais grybais įvyksta kepenų (be ikterus'o), inkstų, širdies ir raumenų riebalinė degeneracija. Smegenyse randama ganglinių celių ir neuroglijos degeneracinių pakitimų.

Gydymas apsinuodijus šitais grybais šitokis:

Skrandžio praplovimas, duodami dideli carbo medicinalis kiekiai, hypertoninio vynuogių cukraus tirpinio intraveninės infūzijos. Galima per dieną įšvirkšti į veną 1000 gr. 20—25% gliukozės ar larozės ir toks pat kiekis, tik 10%, gliukozės į poodį. Širdžiai sustiprinti duodama coramin, cardiazol ar sympatol.

Paskutiniu laiku Limousin pataria apsinuodijus grybais valgyti žalių triušio (ar net katės) smegenų. Triušis reikia užmušti, vidaus

organai ir smegenys susmulkinti ir žalios suvalgyti. Triušio smegenys esą sudarančios natūralų immunitetą.

Anot autoriaus, smegenys nėsanti kažkuri specifiška neutralinanti grybų nuodus priemonė. Jis mano, kad nuodus sujungią nespecifiški smegenų lipojidai.

2. Apsinuodijimas musmirėmis (amanita muscaria).

Musmirės turi vagus'o erzinamąjį alkoloidą muskariną. Jais apsinuodijus po 15—30 min. įvyksta didelis susijaudinimas: akys būna išsivertusios, vyziukai išsiplėtę, apsinuodijęs šokinėja, rėkauja, šoka kaip beprotis. Pulsas sulėtėja, kraujoslėgis krinta, esti didelis seilėtekis ir vidurių skausmai su viduriavimu. Kiti apsinuodijusieji protarpiais trumpą laiką giliai užmiega; bet pabudę vėl smarkauja ir dūksta.

Sibire kaikur esąs paprotis čiulpti ir valgyti džiovintas musmires, kaipo svaigalą. Pripratusieji šitaip nuodytis galį iš karto suvalgyti 2—4 musmires, ir jie nuo tokios dozės nemiršta. Apsvaigimas nuo musmirių esąs panašus į apsvaigimą nuo hašišo: būna susijaudinimas, klausos bei regėjimo haliucinacijų ir amnezija. Po susijaudinimo perijodo įvykstąs gilus miegas su maloniais sapnais. Sibire džiovintų musmirių esą sunku gauti ir ten jos brangios. Todėl pripratusieji musmiriais svaigintis kartais geria šlapimą dėl to, kad musmirių alkoloidas išsiskiria pro inkstus.

Apsinuodijusieji musmirėmis gydomi šitaip: praplaunamas skrandis, duodama daug carbo medicinalis ir vidurių paleidžiamųjų vaistų, geriausia, ricinos. Tolimesnis gydymas symptominis.

3) Apsinuodijimas helvella esculanta (Lorchel), briedukais.

Šitie grybai turi nuodą — helvelinę rūgštį ir kitų nuodingų alkoloidų. Helvelinė rūgštis veikia hėmolitiškai, o kiti nuodai gadina kapiliarus ir centr. nervų systemą. Apsinuodijimo reiškiniai pasirodo netrukus šitų grybų pavalgius. Atsiranda šleikštulys, vėmulys, vidurių skausmai ir viduriavimas; būna silpnumas, vyziukų išsiplėtimas, kepenų ir blužnies padidėjimas, tubuliarinis nefritas su albuminurija. Po 2—4 d. pasirodo kraujo irimo ir kepenų degeneracijos pažymiai su ikterus ir urobilinogenuria. Neretai įvyksta aštri kepenų atrofija ir mirtis. Dažnai esti susijaudinimas, mešlungiai ir paralyžiai.

Gydymas panašus į pirmiau aprašytaisiais grybais apsinuodijusiųjų gydymą.

Apsinuodijimas bulvėmis.

Bulvėse solanino būna nedaug, nuo 0,002 iki 0,001%. Bet visai jaunose bulvėse ir sudygusiose senose bulvėse solanino gali būti iki 0,06%. Tokių bulvių vienu svaru galima apsinuodyti. Bulvių dieguose solanino būna iki 0,5. Toksinė solanino dozė bus apie 0,3 gr. Būna masiniai apsinuodijimai bulvėmis. Apsinuodijusieji jaučia peršėjimą ir deginimą gerklėje, esti šleikštulys ir vėmulys, skauda galvą ir vidurius, esti viduriavimai. Veidas parausta, lūpos pamėlynuoja, būna bendras silpnumas, ūžimas ausyse, regėjimo sutrikimas, o kartais ir mešlungiai. Kartais pakyla t° iki 39°C. Iš 673 apsinuodijusiųjų bulvėmis nemirė nė vienas.

Apsinuodijimas medum.

Kartais medus gali būti nuodingas, kai į jį bitės primaišo nuodingų augalų medaus. Tokiais augalais gali būti azalea pontica, azalea indica, kalmia latifolia ir kt. Apsinuodijimai medum buvę Naujojoje Zelandijoje, Šiaurės Amerikoje ir Trapezunde. Apie apsinuodijimus medum mini Ksenofontas, Aristotelis, Plinijus ir kt.

Apsinuodijus medumi būna šleikštulys, vėmulys, enterocolitis, girtumas ir susijaudinimas, net su ėpileptiniais priepuoliais. Liga tveria 1—3 d. Būna ir mirčių. *Med. gyd. Ambraziejūtė-Steponaitienė.*

7. Knud Secher: **Behandlung von Gelenkleiden mit Sanocrysin.** (Sąnarių susirgimų gydymas su sanokryzinu) („D. M. W.“ 1933, Nr. 3).

Aukso preparatai naudingi ne tik plaučių džiovai, bet ir sąnarių reumatui gydyti. Gydant sąnarių susirgimus, sanokryzinas sukelia tokią pat bendrą reakciją, kaip kad tuberkuliozėje, būtent: temperatūros pakilimą, erytemą, lengvai praeinančią albuminuriją. Vietinė reakcija pasireiškia paliestų sąnarių skausmais ir patinimu.

Pradedama gydyti nuo 0,25 ir prieinama iki 0,65, o kartais net iki 1 gr. Kartu patariama vartoti ir fyzikalinė terapija. Taip gydant išvengta endokardito aštraus sąnarių reumato atsitikimais.

Gauti šie rezultatai:

	„Pasveikę“	Žymiai pagerėję	Pagerėję	Be įtakos
1) Arthritis chron. progr. prima				
a) tik prasidėjus ligai . .	5	3	—	—
b) toli nužengus ligai . .	3	13	6	1
2) Polyarthritis chron. rheum. .	5	7	3	—
3) Osteoarthritis	1	—	—	—
4) Polyarthritis acuta	7	—	—	—
5) Polyarthr. ac. sequel. . . .	2	—	—	—
9) Erythema nodosum su sąnarių reiškiniais	1	—	—	—
Iš viso	24	23	9	1

Gyd. J. Kupčinskas.

8. Prof. Ernst Herzfeld u. Aleksander Frieder: **Ueber das Katechin (Hemmungsstoff) der Schilddrüse und dessen therapeutische Verwendung bei Morbus Basedow.** (Apie skydiškosios liaukos katechiną (tormozuojamąją medžiagą) ir jo terapišką veikimą) („D. M. W.“ 1933, Nr. 3).

Prieš dvejus metus F. Blum yra paskelbęs, kad kraujas turįs antityreoidiškai veikiančių substancijų. Jūrų kiaulytėms duodant kartu thyroxin'o ir kraujo, pirmojo veikimas nepasireiškiąs dėl kraujo neutralizuojančio veikimo. Gydymo tikslams kraujas nepatogu vartoti, todėl buvęs pagamintas konservuotas išdžiovinto kraujo preparatas „haemokrinin“, bet ir šito reikėję vartoti po 40 tabl. pro die.

Paskutiniu metu pavykę gauti iš antityreoidiškai veikiančios kraujo medžiagos „ketechin“ palyginti grynas preparatas — „tyronorman“. Iš 18 morbus Basedowi atsitikimų tik 2 ligoniu nepavykę pagydyti, iš kurių vienas gal būt kur-nors turėjęs tumorą, o antras, abejojama, ar prisilaikęs duotų nurodymų. Visų kitų ligonių visi symptomai, išskyrus strumą, begydant tyronorman'u pranykę. Kartu paskiriama pieniška ir augalinė dijeta.

Gyd. J. Kupčinskas.

9. Prof. H. Selter: **Zur Aeiologie der Grippe.** (Dėl gripo ėtijologijos) („M. M. W.“ 1933, Nr. 14).

Šių metų gripo ėpidemija vėl atnaujino jo sukėlėjo problemą. 1891 m. R. Pfeiffer'io atrasti influenzos bacillai dažnai randami sveikų žmonių skrepliuose, o jų kartais nerandama net sunkiais gripo atsitikimais. 1918—1919 m. gripo ėpidemijos metu pats Pfeiffer'io institutas, tirdamas naujus ir senus susirgimus, radęs, kad atsitikimai su influenzos bacillais skrepliuose sudarą tik 51—76%, o lavonų plaučiuose tik 60% M. Gundel'io ir Linden'o ištirtų sveikų mokyklos vaikų 10% turėję influenzos bacillų. Pfeiffer'io šalininkai, pasirėmę tariamu bacillų virulentingumo

pakilimu ir žmonių rezistencijos sumažėjimu, norį išaiškinti ėpidemijų atsiradimą, tačiau sunku tikėti, kad beveik vienu metu įvairiuose kraštuose pasikeistų ir rezistencija ir virulentingumas. Šių metų ėpidemijoj tik nedidelis procentas buvę apsikrėtę influenzos bacillais. Todėl jisai išveda, kad *influenzos bacillai dažnai lydį gripą, bet jį sukeliąs dar neatrastas, gal būt. filtruojamas virus.* *Gyd. J. Kupčinskas.*

VAIKŲ LIGOS.

11. Prof. A. Peiper: **Agonie und Tod im frühen Saüglingsalter.** (Naujagimių agonija ir mirtis). („D. m. W." 1933, Nr. 4).

Agonijos, t. y. palaipsninio organų funkcijų užgesimo prieš mirtį, kliniškas vaizdas yra visuomet vienodas, ir jisai nepareina nuo pagrindinės ligos. Centr. nervų systemos atskirų sričių funkcijos užgęsta atvirkščia jų embriijoniniam išsirutuliavimui tvarka. Refleksų išnykimo tvarka nepastovi. Pirmiausia dingsta akių refleksas kakle (galvos užrietimas į užpakalį, apšviečiant akis), vėliau vokų užsimerkimas paliečiant rageną ir vyziukų reakcija į šviesą. Sausgyslių refleksai, padėties ir judėjimo refleksai išnyksta be tam tikros tvarkos. Ilgiausiai pasilieka kvėpavimo centro reagavimas į jaudinimą (vonios, skausmai), kuo plačiai naudojamasi akušerijoje. Agonijos ilgumas pareina nuo to, kada automatinis kvėpavimo centras pradeda griūti. Griuvimas greičiau įvyksta kūdikiams, prieš laiką gimusiems. Išnykus normaliam kvėpavimui, atsiranda šios kvėpavimo formos: periiodiškas kvėpavimas, tame skaičiuje Cheyne-Stokes'o kvėpavimas, vad. „Atemblock", kada kvėpavimą sužadina 2 atskiri centrai, toliau gilūs kvėpavimai (Schnappatmung), bekaitalioją su visiško kvėpavimo sustojimo protarpiais, ir pagaliau gerklės judesiai. Agonijoj visos muskulatūros tonusas aukščiausiu laipsniu būna sumažėjęs; apatinis žandikaulis nusileidžia, ir atdara burna suteikia mirštančiam ypatingą išraišką. Dažnai atsiranda raumenų terminaliniai mešlungiai: veido, akių, liežuvio virpėjimai ir t. t. Maitinimas esti pasunkėjęs. Į plaučius lengvai pakliūna maistas. Paskutinėmis agonijos valandomis gali atsirasti plaučių oedema, kas kliniškai pasireiškia įvairių rūšių karkalais, kurie greitai išsiplečia abejuose plaučiuose. Svarbų vaidmenį vaidina kraujo apytaka. Dėmesys turi būti nukreiptas į širdies tonus. Pastarieji, blogėjant bendrai būklei, darosi duslūs ir tylūs. Kairysis tonas visai išnyksta, pagaliau II tonas irgi nebegirdimas. Tačiau tat dar nerodo, kad širdis nustojo veikusi. Nežiūrint ilgo visiško tonų išnykimo, krūtinės paviršiuje galima dar kartais pastebėti širdies judesiai, paguldžius kūdikį ant kairiojo šono. Labai reikšminga yra odos spalva. Agonijoj oda išblyškusi, rusvai melsva, panaši į lavono spalvą. Odos kraujavimai gali atsirasti agonijai ilgai užtrukus. Ypatingą sąvoką turi odos sklerema, kartais išsirutuliuojanti agnonijos metu maža sveriantiems kūdikiams. Atsiranda odos sukietėjimai, ir oda negali susiraukšlėti. Sklerema prasideda ant šlaunies ir gali užimti didelį kūno plotą. Virškinamojo trakto apsireiškimai esti įvairūs. Maitinimas pasunkėjęs. Vėlyvoje agonijos stadijoje maitinimas ar vėmimas gali sukelti visišką kvėpavimo sustojimą. Todėl reikia būti labai atsargiam. Vėmimas juosvai rausvomis masėmis yra blogas ženklas prognozės atžvilgiu (erosiones ventriculi). Vis dėlto kūdikis gali atsigauti, nors ir esama visų šitų reiškinių. Prisidedąs agonijos metu virškinamojo trakto parenterinis sutrikimas gali pagreitinti mirtį. Šituo metu išmatos gali niekuo nesiskirti nuo tų, kurios būna paprastai kūdikiui viduriuojant; gi neužilgo prieš mirtį jos gali pasidaryti kietos, šviesios — be tulžies pigmentų. Dažnai prieš mirtį atsiranda meteorismus, kaipo kraujo apytakos sutrikimo splanchnicus'o srityje pasėka. Agonijai ilgai užtrukus nukenčia inkstai: atsiranda baltymas ir

cilinderiai šlapime. Svoris krinta. Agonijoj kūno t^0 turi palinkimą kristi; todėl labai svarbu apsaugoti kūdikis nuo šilimos nustojimo (Auskühlung). T^0 gali pasiekti 25^0 in recto. Tačiau tokie kūdikiai gali dar išgyventi kelias valandas ar dienas. Kaip bebūtų aiškus agonijos vaizdas, vis dėlto pasitaiko diiagnozės klaidų. Vėmimas krauju, odos lavono spalva, prasidedanti sklerema, „terminaliniai" mešlungiai, kvėpavimo centro griuvimas iki vad. „Schnappatmung", t^0-ros kritimas — visi šitie reiškiniai gali praeiti ir kūdikis gali atsigauti. Šitas momentas yra ypatingai svarbus esant apnoe priepuoliams prieš laiką gimusiems kūdikiams. Štai kodėl visuomet reikalinga pamėginti išgelbėti naujagimis, kuris iš pirmo žvilgsnio atrodo nebegyvas (nicht lebensfähing). Pirmiausia rekalinga sukelti kvėpavimas, geriausia dirbtinis, reguliariai suspaudžiant rankomis krūtinės ląstą. Schultz'o būdas nevartotinas dėliai vidujinio kraujavimo pavojingumo. Intra musculos suleisti 0,001—0,015 lobelino. Pagaliau kartais veikia 1/2 mg. adrenalino, įleisto tiesiog į širdį. Labai svarbu saugoti kūdikį, kad jis nenustotų šilimos. Vartoti šilti buteliai, šiltos vonios etc.

Todėl reikia būti labai atsargiam, norint teisingai įvertinti agonijos naujagimių būklę. *Gyd. Š. Markovičius.*

12. H. Flesch (Budapestas): **Zur Frage der Luminalreaktion.** (Luminalio reakcijos klausymu) („Msch. f. Kinderheilk. 57 B., 5 H.).

Autorius aprašo „luminalio ligą", kuri įvyksta gydant chorea minor panašiai, kaip nirvanoliu. 80 ligonių, gydytų luminaletėmis, gaudavo 3—4 kartus po 3 luminaletes, iš viso po 0,135—0,180 g. luminalio. 9—12 dieną keliems ligoniams pasirodė morbilliška exanthema, kuri pranyko po 3—4 dienų. Buvo konstatuota kelis kartus leukopenija, reliatyvi lymfocytozė ir eozinofilija. Šitas luminalinis susirgimas esti rečiau, negu kad nuo nirvanolio; rimtesnio sužalojimo reiškinių nebuvo pastebėta. Viena ligonė su recidyvuojančia chorea minor, kuri pirmą sykį gydant luminaliu reagavo pasikartojančiu išbėrimu, po metų, ligai atsinaujinus, vėl gaudavo luminalio; pasirodė į skarlatiną panašus išbėrimas, pakilo karštis; vienai dienai praėjus išbėrimas pranyko, karštis nukrito ir sunki chorea greitai pagijo.

Dr. V. Tercijonas.

13. Dr. R. Brann (Halė a. d. S.): **Zur Behandlung der Pleuraempyeme im Kindesalter.** (Vaikų pleuros empyemos gydymas) („Msch. Kinderheilk." 57 B., 5 H.).

Aprašytos vaikų empyemos gydymo metodės.

Kudikiams daromos kartotinės punkcijos. Nuo 1 metų amžiaus, nepaisant ligos sukėlėjo, atliekamas gydymas punkcijomis, vėliau šonkaulis rezekuojamas su uždaru drenažu vietinėje anestezijoje. Ankstyvios kvėpavimo pratybos; baigus gydymą taip pat atliekami kvėpavimo pratimai. Vidutiniškai gydymas trunka $6^1/_2$ savaitės. Iš 64 šita metode vėliau operuotų ligonių - kūdikių 89,1% pasveiko ir 10,9% mirė. Kaikurių pedijatrų nuomone, kad vaikų empyemų operatiškas gydymas yra vengtinas, neturėtų rasti pritarimo.

Šitie rezultatai padrąsina kūdikiams daryti operaciją, pirma išmėginus punkcijas. *Dr. V. Tereijonas.*

CHIRURGIJA.

7. Dr. R. Friedrich: **Die Salzsäurebehandlung des Karcinommagens vor der Operation.** (Priešoperacinis skrandžio karcinomos gydymas druskos rūgštimi) („Zbl. f. Chir." 1933, Nr. 14).

Nors skrandžio chirurgija per paskutinius 50 metų yra žymiai pažengusi pirmyn, tačiau mirtingumas po skrandžio karcinomos operacijos perdidelis. Autorius įvairių klinikų duomenimis nurodo, kad po rezekcijos

mirtingumas būna 25,1%—23% — 18,3%. Apie $^{2}/_{3}$ atsitikimų miršta nuo pooperacinio peritonito.

Palyginęs mirtingumą Hochenegg'o klinikoj po ulc. ventriculi rezekcijos per 1923—1931 m., jisai rado, kad po jos miršta apie 8,2%, o po ulc. duodeni rezekcijos miršta tik apie 6%. Autorius sako, kad šitas skirtumas galima išaiškinti ne vien tik karcinomos ir ulc. ventriculi ligonių nevienodu atsparumu, jų amžiumi, bet, svarbiausia, jų skrandžių turinio floros skirtumu. Pasirėmęs savo ir daugelio kitų autorių darytais bandymais, tvirtina, kad žarnų flora ca ventriculi ligoje visai kita, negu ulc ventriculi ligoje.

Normalus skrandis, dėl HCl produkcijos ir savo motiliteto, yra sterilus, nes su maistu pakliuvę į skrandį antkryčiai sunaikinami. Skrandis ulc. ventriculi ligoje būna sterilus arba tik teturi viršutinių plonųjų žarnų grampozityvę nepatogeninę florą; gi ca ventriculi ligoje beveik $^{2}/_{3}$ atsitikimų yra patogeninė storųjų žarnų flora (bacterium coli, bact. lactis aerogenes). Ca ventriculi ir jo ulcus ligose, dėl jų turinio bakterijologinio skirtumo, gaunamas žymus skirtumas pooperacinių peritonitų dažnume. Darant bakterijologinius mėginimus operacijos metu, kad ir operacijos laukas rūpestingiausiai apklojamas ir imamasi kitų priemonių, randama, kad cavum peritonei vis dėlto infekuoja storųjų žarnų flora. Ca ventriculi ligoje jo flora nuo siuvimo vietos galima kultūruoti, tiek po gleivinės pirmosios siūlės, tiek ir po antrosios, tuo tarpu ulc. ventriculi ligoje po antrojo susiuvimo bakterijologinis mėginimas būdavo sterilus. Todėl po anacidinės skrandžio karcinomos operacijos gresia didelis pavojus bendro ar vietinio peritonito, geriausiu atveju jo suerzinimas.

Anaciditas skrandžio karcinomos ligoje, anot H a r t m a n n'o, būna 49,4%, hyperaciditas — 15 2% visų atsitikimų, todėl dideliame skrandžio karcinomos procente sulčių bakterijocidiniai savumai yra išnykę arba labai sumažėję. Nustatyta, kad visų skrandžio karcinomų 65—68% atsitikimų turi patogeninę storųjų žarnų florą.

Autorius vartoja priešoperacinį HCl rūgštimi gydymą, kad sumažėtų skrandžio patogeninė flora. Aprašydamas kitų autorių metodes, pateikia jų klinikoj (prof. D e n k, Vienoje) vartojamą metodę. Pacientui 3—6—8 dienas po 3 kartus duoda išgerti atskiesto HCl tirpinio: Rp. Acid. muriat. conc. 15,0; Syrup. rubi idaei 285,0 3 kartus kasdien po 1 valg. šaukštą stikle vandens (150 kb. cm.). Iš vakaro prieš operaciją ir operacijos dieną išplauna skrandį $^{1}/_{2}$ literio $^{1}/_{4}$ % HCl rūgšties tirpalu. Po tokio gydymo bakterijologiniai mėginimai nuo siūlės vietos po antrojo susiuvimo (darant rezekciją taip pat prieš gastroenterostomiją) daugiau kaip $^{2}/_{3}$ visų anacidiniu skrandžio karcinomų atsitikimų buvę sterilūs (14 atsitikimų 10 kartų). Prieš operaciją negydytų HCl rūgštimi iš 9 po antrojo susiuvimo buvęs sterilus tik vienas, 2 iš jų buvo apkrėsti nepatogeniniais laibųjų žarnų mikrobais, penki—coli grupės bacillais, vienas—pyogeniniais streptokokais, vadinasi, dviem trečdaliais atvejų cavum peritonei buvo infekuotas patogeniniais mikrobais.

Autorius galutinų išvadų nedaro dėl mažo bandytų atsitikimų skaičiaus, bet tikisi ir su didesniu skaičium savo išvadas patvirtinti.

Gyd. A. Čerškus.

8. Prof. Dr. R. B u r m e i s t e r: **Magenlipom und Ulc. pepticum** (Skrandžio lipoma ir ulc. pepticum). („Zbl. Chir. 1933, Nr. 14).

Gėrybingieji naujikai skrandyje laikomi chirurgine retenybe. D e a v e r yra aprašęs vieną skrandžio myomą, kuri davusi stiprų kraujavimą. N a h m m a c h e r radęs skrandžio lipomą atsitiktinai sekcijos metu. T i l g e r iš 3.500 autopsijų radęs 2 kartu skrandžio lipomą. G u t i e r r e z iš 2.168 skrandžio operacijų radęs 27 gėrybingus naujikus, iš jų nė vienos lipomos.

Autoriaus stebėtas šis atsitikimas: 46 metų pacijentas, vienerius metus serga rūgščiais atsirūgimais, vėmimu, kartais su krauju, sunkumu skrandyje pavalgius. Į kliniką įstodamas išvėmęs $1^{1}/_{2}$ literio kraujo. Priimant rasta

anėmija, Hb sulig Sahli 47%, erytroc. 2.500.000. Röntgen neigiamas, Wassermann neigiamas. Diagnosis: ulc. ventriculi. Padarius vietinėje anėstezijoje supraumbilikalį medianinį pjūvį, rastas prie curvatura major, netoli pylorus'o, graikų riešučio didumo naujikas. Rezekuotas pylorus su antrum. Apžiūrint rezekuotą skrandžio dalį, rastas tumoras, išeinąs iš submukozės. Šito naujiko viršūnę dengiančioje mukozėje yra nedidelė lygiais kraštais opa, kurios dugne yra trombozuoto indo spindis. Makroskopiškais ir mikroskopiškais tyrimais nustatyta lipoma. Ligonis pasveiko.

Autorius šituo atsitikimu nurodinėja į Wirchow'o pasiūlytą ir Lorenz'o vėl atnaujintą teoriją, kad ulcus pepticum ėtijologijoje svarbiausią vaidmenį vaidina kraujo cirkuliacijos sutrikimai. *Gyd. A. Čerškus.*

9. Georg Effkemann: **Untersuchung über Gasbrandinfektion u. ihre therapeutische Beeinflussung.** (Dujinės gangrėnos infekcijos tyrimai ir jos terapinė įtaka) („Arch. f. klin. Chir." Bd. 174, H. 1, 1933).

Autoriaus turėta tikslas išaiškinti tam tikras sąlygas žemėj esančių mikrobų, kurie sukelia dujinę flegmoną. Čia pasirodę kaikurie įdomūs duomenys. Eksperimentiniams gyvuliams į įpjautas žaizdas įdėdavęs tam tikrą kiekį žemių ir žaizdą užsiūdavęs. Tuo būdu atsirandančias dujines flegmonas bekterijologiškai ištyrus paaiškėjo, kad Fränkel'io dujinės flegmonos bakterija buvo rasta visais atsitikimais, be to, kaikuriais atsitikimais buvo rasta patogeninių anėrobų, k. a.: pararauschbrandbacillus, bacillus Falax ir bacillus Novy. Esą, jei tik vieni Fränkel'io mikrobai teinfekuoja žaizdą ir žaizda paliekama atdara, tai dujinė flegmona paprastai neišsirutuliuojanti, bet esant kartu pararauschbrand - ir Novy bacillams, nors ir atdaroje žaizdoje, labai lengvai gaunama dujinė flegmona, kurios po 4 val. jokiomis priemonėmis, net amputacija, nebėsą galima sulaikyti.

Su žemėmis patekęs į žaizdą kalcio kiekis pagerinąs sąlygas dujinės flegmonos mikrobams rutuliuotis. Eksperimentais įrodyta, kad, pararauschbrand - ir Novy bacillų kultūros praskiedimo 0,1—0,01 įleidus 0,25 kb. cm., eksperimentinis gyvulys žūdavo; gi sumaišius tą kultūrą su $CaCl_2$, toks pat kiekis tereikėjęs 0,00001—0,000001 praskiedimui; Fränkel'io bacillai su $CaCl_2$ ir be jo skirtumo neparodę.

Pagamintasis serumas prieš dujinę flegmoną duodąs gerų vaisių tik vien Fränkel'io bakterijoms esant; gi esant dar ir kitiems minėtiems bacillams, tas serumas neduodąs laukiamų rezultatų. — Autoriaus patyrimu, geriausias antiseptikumas prieš dujinę flegmoną esąs kalium hypermanganicum arba Dakin'o skiedinys. *Gyd. K. Gudaitis.*

UROLOGIJA.

7. E. Trojan (Šegedas): **In d. Blase submucös liegender Ureterstein bei einem 3 J. Knaben.** (Ureterinis akmuo, esąs po pūslės gleivine 3 metų vaikui) („Z. Ur. Chir. XXXVI. I-II, 1932).

Urologinei dijagnostikai tobulėjant, vis dažniau konstatuojami vaikams akmenys. Šituo atveju dijagnozė nustatyta padedant rentgeno spinduliams. Symptomai buvo šie: praeputium'o negalėjimas užsmaukti nuo pat gimimo, verksmas besišlapinant ir kartais negalėjimas šlapintis. Tėvai iš pradžių nesutiko, kad jų kūdikis būtų operuojamas; tuomet antras gydytojas padarė circumcisio, nes teisinga dijagnozė nebuvo nustatyta. Kai tat nepadėjo, tai tėvai sutiko, kad būtų padaryta sectio alta. Pastaroji tačiau nelikvidavo susirgimo, nes ir po operacijos (buvo pašalinti iš pūslės du akmeniu) dar rastas vienas akmuo in parte iuxtavesicali ureteris ir antras — už 5 cm. nuo inksto geldelės. Operatiškas pašalinimas nedarant nefrektomijos. Sanatio. Įdomi ir dijagnostiškai buitiška šito atsitikimo pusė. *Dr. Toby Goldbergas.*

8. H. Sauer (Berlynas): **Endometriosis der Harnblase.** (Šlapimo pūslės endometriosis) („Zbl. G." 1933. Nr. 6).

Straipsnis iš E. Joseph'o klinikos. Šitas susirgimas, klinikos nepažintas prieš operuojant, beveik nežinomas urologams ir retai sutinkamas gynekologinėje literatūroje. Pūslės endometriosis'u vadinamas auglys, cykliškai išbrinkstąs ir net kraujuojąs menstruacijos metu. Jisai lengva supainioti su carcinoma. Straipsnyje aprašytas tokis atsitikimas 44 metų amžiaus moters. Bandomoji excisio nesuteikė tikslių nurodymų (kaip ir paprastai pūslės neoplasma'i esant. Ref.). Excisio per laparotomiam. Sanatio. Terapija: vaikus vedančioms moterims — operacija (resectio); stovinčioms ant ribos su climax'u rentgenokastracija, kuri, naikindama normalų endometrium'ą, taip pat sužadina ir pūslės endometrinių išaugų atrofiją. *Dr. Toby Goldbergas.*

AKUŠERIJA IR GYNEKOLOGIJA.

8. H. Küstner (Leipcige): **Dürfen Hypophysenhinterlappenpraeparate bei Nephrophatie u. Eklampsie angewendet werden?** (Ar galima gland. puituitariae prėparatai taikyti nefropatijai ar ėklampsijai gydyti?) („Zbl. G." 1933, Nr. 16).

Jau autoriaus bandymai, aprašyti pirmame jo straipsnyje šituo klausymu, privertė susilaikyti nuo šito. Bet orasthin'o ir tonephin'o atsiradimas prekyboje, ypač pirmojo preparato nekenksmingumas kraujoslėgiui ir žarnoms, vis dėlto paskatino jį pavartoti orasthin'ą intra venam priešėklampsiniame perijode, tučtuojau po hysterotomia anterior, padarytos priešlaikiniam gymdymui sužadinti. Šita injekcija čia pat sužadino ėklampsinį priepuolį. Švirkštimai gi po oda ir į raumenis tokios pavojingos gyvybei būklės nesukėlė. Dėl to autorius dar kartą primygtinai perspėja, kad hypophysis'o prėparatai nebūtų taikomi ėklampsijoje ir nefropatijoje, nes ypač privačioje praktikoje gydytojas gali atsidurti labai nemalonioje padėtyje. Straipsnyje atsitikimo aprašymas.

Dr. Toby Goldbergas.

9. B. Ottow (Berlynas): **Lipoma d. Praeput. clitoridis bei einem kl. Mädchen.** (Lipoma praeputii clitoridis vienai mergaitei) („Zbl. G." 1933. Nr. 6).

Visai sveikai ir normaliai išsirutuliavusiai 6 metų mergaitei vietoje klitorio rastas kaštono didumo auglys su pasireiškusiu, bet neįvykusiu skilimu. Šitą skilimą atitinka ant vidinės auglio pusės frenulum clitoridis. Tempiant pavyksta, palyginti, aukštai ištęsti auglio kojytė. Jos pamate apčiuopiamas mažas standus klitorio kūnas. Visa kita normalu. Kyliškas išpjovimas. Sanatio. Diagnosis: lipoma.

Šitas atsitikimas įdomus tuo, kad mergaitė buvo atsiųsta, kaip turinti „hypertrophia clitoridis pseudohermaphroditica". Diferencijalią dijagnostiką nagrinėjant reikia taip pat turėti galvoje šitos srities fibroma.

Dr. Toby Goldbergas.

AKIŲ LIGOS.

1. Dr. M. Perwög (Insbrukas): **Ueber Tenotomie beider Recti interni in einer Sitzung beim Strabismus convergens.** (Apie abiejų m. recti interni tenotomiją vienu kartu dėl konverguojančio strabizmo). („Z. f. Aug." 1932. Bd. 79, H. 2/3, S. 239).

Autorius aprašo 40 atsitikimų abiejų m. recti interni tenotomijų, padarytų Insbruko akių klinikoje vienu kartu dėl konverguojančio strabizmo. Visi strabizmo atsitikimai buvę atidžiai tiriami raumenų funkcijos, jų santykių ir refrakcijos atžvilgiu. Visais atsitikimais buvusi ametropija. Išpradžių buvę bandoma gydyti konservatiškai — ametropijos korekcija, ir tik nepavykus buvusi daroma abiejų m. recti interni tenotomija. Hypere-

fektui išvengti buvę dedami ant tiesiųjų raumenų atsarginiai siūlai, kuriuos užmezgus ne vėliau kaip 5—6-tą dieną po operacijos, buvę galima pašalinti pasireiškęs hyperefektas. Žvairumo kampas buvęs vidutiniškai 32° (maximum 54° ir minimum 20°). Vien nuo abiejų m. recti interni tenotomijos buvę gauta 80% patenkinamų kosmetikos ir funkcijos atžvilgiu rezultatų ir 15% visų atsitikimų tik padarius po tenotomijos dar vieno m. recti externi antepoziciją. 2 atsitikimais buvęs gautas tobulas binokularinis regėjimas, o 10 atsitikimų binokularinis regėjimas be gilumo jutimo. 2 atsitikimais buvusi įtraukta caruncula lacrimalis.

Be to, 20 ligonių buvusi padaryta abiejų m. recti interni tenotomija dviem kartais. Jų vidutinis žvairumo kampas 30°. Visais šitais pastaraisiais atsitikimais tuojau po operacijos buvusi paralėlė akių padėtis arba hypoefektas mažesnis kaip 10°. Vieni atsitikimai po kelių dienų, kiti po kelių mėnesių ir kiti po kelerių metų perėję į hypoefektą didesnį kaip 10°. Jiems visiems buvusi padaryta antrojo m. recti interni tenomija. Galutinai pastovūs šitų 20 atsitikimų rezultatai: 6 atsitikimais paralėlė padėtis, 10 atsitikimų — hypoefektas mažesnis kaip 10°, 3 atsitikimais — hypoefektas didesnis kaip 10° ir 1 atsitikimu — hyperefektas.

Pati operacija ir slaugymas reikalingi didelio indvidualizmo ir atidaus sekimo.

Darant vienu kartu tenotomiją abiejų m. recti interni gaunami tie patys rezultatai trumpesniu laiku ką ir dviem kartais.

Gyd. M. Steiblys.

2. E. Enroth (Helsinkiai): **Iritis rheumatica und das Wetter.** (Reumatiniai iritai ir oras) („Acta Ophthalm." V. 10, T. 1—2, S. 146).

Autorius, peržiūrėjęs Helsinkio akių klinikos 1922—1930 metų reumatinius iritus (197), pastebėjo, kad ligonių dgauguma suserga po 2 tą pačią dieną, „kritišką dieną", arba gretimomis dienomis. Buvę imami domėn tik tie atsitikimai, kur buvo tiksliai fiksuota susirgimo data ir ligoniai gyveną Helsinkio mieste arba jo artimose apylinkėse. Kritiškas dienas sulyginęs su metereologiniais duomenimis, nerado sąryšio su temperatūra ir vėju, bet jos buvusios susijusios su oro spaudimo depresijomis ir jų kreivąja. Kitaip sakant, jos buvusios susijusios su cyklonais. Iš 27 kritiškų dienų 23 turėjusios tokį sąryšį.

Cyklonas turi du frontu: šiltąjį ir šaltąjį, kurie viens po antro pereina per tą pačią vietą. Šiltasis frontas turi drėgną, stipriai elektra apkrautą, jonizuotą, blogai praleidžiantį šilimos spindulius orą; šaltasis frontas turi sausą, silpnai elektra apkrautą, mažai jonizuotą ir gerai praleidžiantį šilimos spindulius orą. Praeinant cyklonui įvykstą staigūs klimato pasikeitimai, autoriaus manymu, turį susirgimus išprovakuojančios reikšmės. Kurie faktoriai turį čia lemiamos reikšmės, nežinoma: gal šilimos regulacijos sutrikimai, gal kūno elektrinės būklės pakitimai.

Gyd. M. Steiblys.

AUSŲ, NOSIES IR GERKLĖS LIGOS.

3. O. Bénesi: **Alte Trommelfellperforationen und ihre Behandlung.** (Įsisenėjusios ausų būgnelio perforacijos ir jų gydymas). („Mnschr. Ohrenheilk". 1932, H. I, 27).

Autorius, mėgindamas įtaisyti dirbtinį būgnelį, atsitiktinai pastebėjo, kad vatos rutuliukas, įmerktas boralkoholyje ir įstatytas į ausį, sužadina perforuotojo būgnelio kraštų granuliacijas, kurios sudaro naują membraną ir visai padengia perforaciją. Toliau šitą reiškinį stebėdamas, autorius įsitikino, kad, šitą metodę pritaikius, įsisenėjusios perforacijos gerai užsidaro, jei prieš tai senų perforacijų kraštai buvo dar prideginti su ac. trichloraceticum. Reikalinga boralkoholyje išmirkytas vatos rutuliukas taip

įstatyti, kad jis liestų tik perforacijos kraštus, bet neliestų užpakalinės vidurinės ausies tuštymo sienelės. Jo veikimą autorius aiškina tuo, kad alkoholis pradžioje perforacijos kraštus pridegina, o vėliau vata, kaip svetimkūnis, perforacijos kraštuose sužadina granuliacijas.

Gyd. J. Statkevičius.

4. M. Bruker: **Glyzerininjektion bei der sklerosierenden Behandlung der Rhinitis vasomotorica.** (Glycerino injekcijos rhinitis vasomotorica gydyti) („Fol. oto-laryngol." 1933, B. 36, H. 3).

Paskutiniais metais pradedamos taikyti glycerino injekcijos varikoziniams indams gydyti. Glycerinas turi tą savumą, kad, atskiestas krauju, lieka visai nepavojingas ir neveikia, kaip svetimkūnis. Autorius vartojęs geromis pasėkomis glycerino injekcijas rhinitis vasomotorica ligoje: jis leidęs po 3 kb. cm 80% skiedinio glycerino su aq. destill. į kniaukles, durdamas prie pat kaklo su kaniūle iki užpakalinio kniauklės galo ir, traukdamas atgal švirkštą jį injekuodavęs Po 3–5 dienų injekcijos kartojamos. Dviejų injekcijų į kiekvieną kniauklę pakanka. Glycerino prisisotinę audiniai nekrotizuojasi ir randuojasi.

Mėginant visus kitus varikozinių indų gydymus, pastebėta, kad glycerino injekcijos vazomotorinius rinitus geriausiai veikia.

Gyd. J. Statkevičius.

NERVŲ IR PSYCHINĖS LIGOS.

7. Henry: **Catatonia in animals.** (Katatonija gyvuliams). („Am. J. of Psychiatry"). Vol. XI, 1932.

Motoriniai reiškiniai (sustyrimas, negativizmas, keistos pozos etc)., kurie charakterizuoja katatoniją žmonėms, gali būti sukelti aukštesniesiems gyvūnams, darant jiems bulbokapnino injekcijas. Eksperimentuodamas su bulbokapninu, autorius sekė de Jung'o, Baruk'o ir kt. bandymais, darytais per pastarąjį dešimtmetį (De Jung ir Baruk yra paskelbę šituo klausymu ištisą monografiją: La catatonie expérimentale par la bulbocapnine. Paris. Masson. 1930). Aiškiausių rezultatų autorius gavęs žinduoliams, ypač beždžionėms, katėms, pelėms; nepilną efektą — paukščiams; jokių aiškiai katatoninių reakcijų nematęs žuvims, varlėms, driežliams. Iš to išveda, jog reakcijos laipsnis pareinąs nuo neocortex'o išsiplėtojimo. Katatoniniai reiškiniai bulbokapnino pasėkoje atsirandą išpalengvo Panašių, kaip nuo bulbokapnino, reiškinių autorius gavęs ir nuo cannabis indica ir meskalino, tik pastarųjų turėjęs imti palyginti dideles dozes.

Iš analogijos su šitais bandymais autorius sprendžia, kad žmogaus katatonijos kilmėje turį reikšmės kažkurie toksiški veiksniai. *Doc. Blažys.*

8. Buchman and Richter: **Abolition of bulbocapnine catatonia by cocaine.** (Bulbokapnininės katatonijos pašalinimas kokainu). („Archives of Neur. and Psych." March, 1933).

Eksperimentinė katatonija, sukelta beždžionėms, įleidus joms bulbokapnino, galima pašalinti kokaino injekcijomis: gyvuliai iš karto pradeda normaliai elgtis ir negrįžta į stuporinę būklę. Autorius mano, kad ir žmogaus katatonijoje kokainas gali pasirodyti naudingas; tokių faktų literatūroje jau yra. Tik dar stinga tikslesnių žinių, koki turi būti gydymo metodika, vartojant kokainą (dozavimas, intervalai etc.) *Doc. Blažys.*

9. Paterson: **The socalled law of anticipation in mental disease.** (Tariamasai anticipacijos dėsnis psychikos ligose). („J. of Neur. and Psychopath." Jan., 1933).

Morel (1809–1873), sukūręs mokslą apie išsigimimą, žiūrėjo į išsigimimą, kaipo į progresuojantį iš kartos į kartą rasės (šeimos) blogėjimą, kuris pagaliau baigiasi nevaisingumu ir, tuo būdu, išmirimu. Šita pažiūra įleido gilias šaknis ir gydytojų tarpe ir visuomenėje Labai popu-

liari M o r e l'io idėjos modifikacija žinomo anglų psychijatro ir patologo M o t t'o (1853—1926) iškeltas vadin. „anticipacijos" (arba antepozicijos) dėsnis, būtent, kad paveldėjamų ligų atvejais liga kiekvienoje naujoje generacijoje pasirodanti vis ankstyvesniame amžiuje. M o t t rėmėsi plačia Londono psychijatrinių ligonių medžiaga.

Autorius rūpestingai patikrino M o t t'o „dėsnį" ir atrodo, kad jokios anticipacijos nėsą. M o t t'o klaida parėjusi nuo klaidingo statistikos medžiagos apdirbimo ir nepakankamo anuomet žinojimo, kurios psychikos ligos laikyti paveldėjamomis, o kurios ne. *Doc. Blažys.*

ODONTOLOGIJA.

1. Dr. O d y (Lincas prie Reino): **Novokaininė exanthema.** („Zahnärztliche Rundschau". 1932 m., Nr. 21).

1932. II. 10 d. p. L. kreipusis į autorių dėl danties, kuris jau 2 dieni klibėjęs. Apžiūrėjęs autorius radęs 7 — karūnėlę nulūžusią žemiau alveolinio krašto. Jis padaręs jai mandibulinę 2% nosuprin'o 2,0 injekciją. Paveikusi gerai. Nuėmus karūnėlę, prasidėjęs smarkus kraujavimas, ir jis turėjęs laikinai atsisakyti nuo šaknų pašalinimo. Pacijentė atėjusi po dviejų savaičių ir štai ką papasakojusi:

Be jokių kitų reiškinių jai ant pečių ir nugaros pasirodęs išbėrimas iš niežtinčių, nedidelių, pakilusių, raudonų dėmių. Besikasant dėmės trumpam laikui išbaldavusios ir didėdavusios. Dienos metu išbėrimas išsiplėtęs ant rankų, kojų, krūtinės, nugaros, kaklo ir, pagaliau, veido. Nakties metu išbėrimas žymiai sumažėjęs, vienok antrą dieną vėl pasiekęs pirmosios dienos didumą. Nuo antrosios dienos vakaro išbėrimas visai pranykęs. Pacijentė 30 metų amžiaus, sveika, stipri, jos žodžiais, niekuomet jokių išbėrimų neturėjusi ir, apskritai, niekuomet sunkiai nesirgusi; taip pat ir jos šeima. Anksčiau darytos vietinės injekcijos jokios reakcijos nesukeldavusios. Tuo metu pacijentė nevalgiusi nei žemuogių, nei riešutų, nei panaš. ir nenešiojusi naujų baltinių. Taip pat injekcijos metu nei trumpą laiką prieš nei po neturėjusi menstruacijų. Tuo būdu čia konstatuotą exanthema bullosum ex medicamentis ir anaphylaxia prieš novokainą.

Dantų gyd. E. Petraškevičiūtė-Pšigodskienė.

2. Dr. O d y: **Moliaras apatiniame žandikaulyje.** (Ten pat).

Atsitikimas įvykęs prieš kelerius metus. Moteris, apie 30 metų amžiaus, dėl staigių ir smarkių danties skausmų kreipusis į vietinį dantų techniką. Pastarasis pradėjęs gydyti 8—. Nors gana ilgai trukęs gydymas ir plombavimas, bet skausmai didėję, ir pacijentė kreipusis į gydytoją dėl ekstrakcijos. Gydytojas atsiuntė pacijentę autoriui. Ištyrus rasta 8— smarkiai karioziškas, laikinai uždarytas, kuris gydyti jau nebeapsimokėjęs. Gingiva ties 8— distaliu kraštu buvusi pakilusi; 6 ir 7 — akivaizdoje. Su mandibuline anėstezija dantis buvęs lengvai pašalintas. Dideliam autoriaus nustebimui kartu su 8— buvęs ištrauktas dar vienas dantis, kuris buvęs užpakalyj 8— ir buvęs suaugęs su juo ir kuris didumo atžvilgiu atrodęs 4 sykius didesnis už pirmąjį. Dvi šito 4-tojo moliaro šakni buvo tik pasireiškusi ir gulėjo visai horizontaliai į medialę pusę. Nors jo labai didelė karūnėlė buvusi visai apsidengusi smegenimis, vis dėlto turėjęs akliuzinį karijozinį tuštymą. Antros pusės rentgeno nuotraukos pacijentė daryti nesutikusi? *Dantų gyd. E. Petraškevičiūtė-Pšigodskienė.*

VISUOMENĖS MEDICINA.

6. O t m a r F r e i h e r r v o n V e r s c h n e r: **Erbbiologische Grundlagen.** (Paveldėjimo bijologiškieji pagrindai). Das Kommende Geschlecht. Berlin und Bonn. 1931, B. 1 V, H. 1/2.

Autorius, pakalbėjęs apie paveldėjimo bijologinius nuostatus, daugiausia rašo apie paveldimas ligas, kurios persiduoda nuo tėvų vaikams. Straipsnis taikomas gydytojams, kurie užsiima vadinamomis vedybų konsultacijomis (Eheberatung). Tokių konsultantų gydytojų ir konsultacijos punktų (Eheberatung-Stelle) Vokietijoj jau gana daug esama.

Pagrindinis klausymas, statomas konsultantui, yra toks: Ar, vedęs tokią ir tokią žmoną, aš pats liksiu sveikas ir ar galėsiu susilaukti sveikų vaikų? ir *vice versa:* ar, ištekėjusi už tokio ir tokio vyro, nenustosiu sveikatos ir ar mano vaikai nuo to vyro bus sveiki?

Medicinos mokslas jau turi tiek toj srityj duomenų, jog dažnai gydytojas gali nustatyti, kuris būsimų vaikų procentas galės būti sveikas, kuris — nesveikas, kuris — pasiliks apsunkintas paveldėtais palinkimais. Pagal autorių žemiau išvardintos tėvų arba artimų jų giminių ligos gali būti vaikų paveldimos arba perduodamos jiems, ir dėl to vedybiniams konsultantams tos visos ligos ypatingai turi rūpėti:

Aklumas įgimtas, albinismus, alkoholismus (taip pat morfinismus, cocainismus ir kitos chroniškos intoksikacijos), anophthalmus, aplasia interphalangialis, ataxia spinalis (Friedreich'o liga), ataxia cerebellaris (Marie), atrophia muscularis neuropathica, atrophia nervi optici, Basedow'o liga, brachydaktylia, buphthalmus, chorea Huntingtonis, chondradystrophia, debilitas, defektai ilgųjų kaulų (įgimtieji), dementia praecox (schisophrenia), diabetes mellitus, diabetes inisipidus, disostosis cleidocranialis (hydrocephalia hereditaria), dystrophia muscularis progressiva, epidermolysis dystrophica congenita, epilepsia, glaukoma, glyoma retinae, glomerulonephritis, gomurio plyšimas, gonorrhoea, habitus asthenicus, haemophilia, hermaphroditismus, hypospadia, Hirschsprung'o liga (megacolon congenitum), hysteria, icterus haemoliticus, ichthyosis, idiotismus, imbecillitas, kretinismus, kurtumas-nebylumas (įgimtasis), labium laporinum, luxatio coxae congenita, maniakinis depresinis pamišimas, microphthalmus, myopia, myotonia atrophica, myxoedema, nephrosis, neužaugimas (nanismus, mongolismus), obesitas, paralysis spinalis spastica, paranoia, paraplegia spastica, pes varus,-valgus, congenitus, pseudohaemophilia, psychopatia, retinitis pigmentosa, silpnaprotybė (Schwachsinn), sklerosis multiplex, spasmophilia, syphilis, syringomyelia, telangiektasia haemorrhagica hereditaria, Thomson'o liga (paveldėtoji myotonia), tuberkuliozė, vėžio liga, Wilson'o liga (pseudosklerosis), vitia cordis congenita, xeroderma pigmentosum.

Kad galima būtų minėtų ligų atsikartojimas vaikuose perspėti, autorius mano, jog kaikuriais atsitikimais turėtų būti taikoma sterilizacija, kaikada galima apsieiti gimimų aprėžimu; visais atsitikimais nesigiminiuoti tomis ligomis sergančiųjų artimiesiems giminaičiams. *Dr. K. Grinius.*

Klinikos ir praktikos patyrimai.

× **Prasidedančios slogos gydymas.** Rp. Mentholi 0,03, Paraffini liquidi 22,5, Vaselini albi ad 30,0. Su pipete įleidžiama gulinčiam pacijentui į kiekvieną nosies skylutę po porą šito mišinio lašų, taip kad vaistai pacijento būtų jaučiami užpakalinėje nosies dalyje. Lengvais atsitikimais pakanka lašinti ryte ir vakare, sunkesniais kas 4 val. Po paros sloga pranyksta, bet nereikia tuoj nutraukti gydymo, nes liga tuojau vėl pasikartoja; lašinama dar keletą dienų. Mišinys turi būti tirštas, kad vos tekėtų. Anglijoje mišinys parduodamas ir tūbose; jis galima išspausti į nosį ir nereikia pipetės („Ars Med." 1933, Nr. 4).

× **Vėžio organoterapija.** 70 metų moteris, serganti ca mammae su metastazėmis pažastėje, nesutiko būti operuojama. Ji gavo tuomet pankreas'o (kasos) tablečių, kurios jai betgi perdaug erzino burnos gleivinę. Tuomet buvo duota per 5 savaites koffeiino ir digitalio, be to, dar per os testis preparato. Bendra ligonės būklė pagerėjo. Bet stačiai stebėtinai ji pasitaisė, sustiprėjo, kai per 2 mėnesiu gavo folliculin-menformon'o (kasdien 100—300 vienetų). — Jau nustatyta, kad moterų, sergančių genitalijų vėžiu, šlapime išskiriamas padidėjęs HVH (hypofyzės priešakinės dalies hormono) kiekis. Jau nebeoperuojamieji atsitikimai, jei jiems duodama HVH preparato prolan'o pavidalu, nustoja savo kacheksijos, sustiprėja ir jie vėl galima operuoti. — Aukščiau minėtoji moteris po folliculin'o terapijos tiek sustiprėjo, kad sutiko būti operuojama. Ekstirpuotasis navikas susidėjo svarbiausia iš hėmorragiško skystimo (dauguma vėžio celių, matyti, buvo užmuštos ir ištirpusios). Po operacijos praėjo jau ištisi metai, ir pacijentė nejaučia jokių skausmų. Follikulinas paskatinąs pieno rūgšties sekreciją. („W. kl. W. 1933, Nr. 8).

× **Atpratinimas nuo morfio.** Jau aukščiau buvo pareikšta nuomonė, kad atpratinimo reiškiniai yra sukelti vandens užsilaikymu organizme („nunuodijimas vandeniu") ir kad čia gali padėti diuretica, ypač euphyllin'as. Bet euphyllin'as intramuskulinėmis injekcijomis yra labai skausmingas, intra venam vartojamas duoda nemalonių pašalinių reiškinių, per rectum gi, žvakučių pavidalu, veikia persilpnai. Tad buvo ieškoma kito vaisto ir rastas per musculos gerai pakeliamas vienas oxypurin'as. Pridėjus dar kalcio ir analgeticum'o, gautas preparatas „helvetin" (Ropha A. G. firmos Bazelyje). Yra ampulių ir žvakučių. — Pacijentai morfinistai gydomi, žinoma, tik stacijonariai. Švirkščiama 2 kartu per dieną po 2 kb. cm. helvetino į raumenis, prireikus, dar naktį 2 kb. cm., be to, vakare dar hypnotica, 0,5—1,0 veronalio, dienos metu gi — jokių hypnotica. Be šito gydymo, nereikia užmiršti ir kitų priemonių, palengvinančių atpratinimo reiškinius, k. a.: pusiau šaltų vonių, kompresų, efetoninio tablečių ir ypač esant šalčiui ir prakaitavimui gerai veikiančio vynuogių cukraus. intraveninių injekcijų. Po 4—5 dienų tokio kombinuoto gydymo galima buvo helvetino jau nebeduoti, gal tik dar vieną, kitą žvakutę. Po 10 dienų nebereikėdavo jau ir hypnotica. („D. m. W." 1933, Nr. 7).

× **Tabako įtaka virškinamajam aparatui.** Nors tabakui degant sunaikinamas ir nikotinas, vis dėlto jo dar daug yra dūmuose, kuriuos rūkorius į save įtraukia. Be nikotino, dūmuose yra dar daug organiškų rūgščių, pyridino ir kitų nuodingųjų medžiagų. Vienas cigaras turi savyje tiek nikotino, kiek 12—18 cigarečių. Bet cigaretės yra žalingesnės dėliai popierio kiekio. Mažiausiai žalinga yra pypkė. Tabako dūmai dažo dantis geltonai; dantys iškrinta arba pūva. Žinomas yra rūkorių chroniškas pharyngitas; jų tarpe gana dažnai pasitaiko būrnos vėžys. Grybelis dyje dūmai sumažina liaukų sekreciją, rūkorius nustoja apetito, gi skrandyje dūmai sumažiną liaukų sekreciją, rūkorius nustoja apetito, gi skrandžio—žarnų trakte dėl subaciditas įvyksta rūgimas, dyspepsijos. Dažnai rūkoriai nusiskundžia visai taip pat, kaip kad ulcus ventriculi ar duodeni ligoje; skrandžio mobilitas (judrumas) yra padidėjęs, atsiranda vėmimai, — Bandant su gyvuliais rasta, kad staigus nunuodijimas tabaku sužadina kepenų patinimą ir kepenų hėmorragijas; po chroniškos intoksikacijos atsiranda tikroji cirrozė („Ars Med." 1933, Nr. 4). *Dr. O. Pūdymaitis.*

× **Patogus būdas tbc. bacillams surasti.**

V e l i c o g n a yra pasiūlęs šį būdą tbc. bacillams surasti:

1 kb. cm. skreplių sumaišomas su 1 kb. cm. 1½ % NOH ir trumpai pavirinama mėgintuvelyje, iki bus gauta homogeniška masė Tuomet po kranu atšaldoma, pripilama 10—15 kb. cm methylalkoholio ir centrifūguo-

jama. Gautos nuosėdos nudažomos, ir tiriamos. Neturint centrifūgos galima laukti bacillų nusėdant.

Šitas būdas esąs daug greitesnis, patogesnis ir ne mažiau patikimas už plačiai vartojamą Uhlenhut'o antiformino būdą.

Prof. Harry Scholz (Karaliaučiuje) 60 kartų padaręs lygiagrečiai Velicogna ir antiformino būdus ir iš jų 58 kartus rezultatai sutapę, o 2 kartus gautas antiformin'o būdas neigiamas, o Velicogna — teigiamas, kas atitiko kliniškus duomenis. (Iš „D. M W." 1933, Nr. 8).

Gyd. J. Kupčinskas.

Kronika.

NEKROLOGAI.

× **Mirė:** 1) Peste — prof. dr. Aladar Aujeszky bakterijologas, 64 metų. — 2) Lunde — prof. E. Overton, farmakologas. — 3) Breslave — prof. Robert Scheller, 57 metų. — 4) Jenoje — prof. dr. Roderich Stintzig, 80 metų.

AUKŠTASIS MEDICINOS MOKSLAS.

× **Gydytojo diplomą** yra gavę šie asmenys:

I. **Medicinos gydytojo** — Piepolis Grigelis.

II. **Dantų gydytojo** — Achberaitė Mina, Idelsonaitė Liuba, Kabytė Sara, Oguraitė Chana, Skudovičaitė Chaja-Liba ir Toberytė Chaja-Liuba.

× **Asistentų komandiravimai.**

1. Gyd. Vytautas Avižonis, akių klinikos neetatinis asistentas, komandiruojamas savo lėšomis vieneriems metams į Paryžių ir Vieną akių bakterijologijos ir histologijos studijuoti.

2. Gyd. Girdzijauskas, hygijenos ir bakteriologijos katedros jaun. asistentas, komandiruojamas savo lėšomis į Vieną nuo VI. 1 iki VI. 15 d. pasitobulinti filtruojamų virus'ų tyrimuose.

× **Prof. Al. Hagentornas ir med. d-ras V. Kuzma** vyriausybės patvirtinti: pirmasis — ordinariniu profesorium, o antrasis — docentu.

× **Med. d-ras L. Gutmanas** IV. 26 d. V. D. Univ-to Medicinos fak-to taryboje, dalyvaujant ir keliems kviestiniams gydytojams (priv. doc. V. Kanaukai, priv. doc. V. Lazersonui, d-rui J. Staugaičiui ir d-rui V. Vaičiūnui), paskaitė mėginamąją lekciją šia tema: „Nervų systemos veikimas ir jos sutrikimai Pavlovo mokslo šviesoje". Po to buvo diskusijos, kuriose dalyvavo doc. J. Blažys ir priv. doc. d-ras V. Lazersonas. Balsuojant priv. doc. laipsnis d-rui L. Gutmanui buvo pripažintas.

Priv. doc. L. Gutmanas, kai tebus vyriausybės patvirtintas, skaitys „Elektrodijagnostika ir elektroterapija".

KONGRESAI, DRAUGIJOS, ĮVAIRENYBĖS.

× **I-sis katalikų gydytojų ir gamtininkų kongresas** bus Kėlne 1933 m. gegužės m. 13—14 d. Kongrese būsią svarstoma, kaip pašalinti žmogaus sielos krizė medicinos ir gamtos moksluose.

× **Rasės gryninimo klausymas Vokietijos gydytojų suvažiavime.** Neseniai Visbadene buvo 45-tas gydytojų internistų kongresas, kuriame suvažiavo daugiau kaip 1000 internistų iš Vokietijos ir iš užsienių. Kongreso

pirmininkas Kilo univ-to prof. Schütenhelm savo kalboje pareiškė, kad šitas kongresas būsiąs istoriškas. Vokietijos gydytojai, kaip aktyvūs vokiečių kultūrinio gyvenimo dalyviai, turį susirūpinti svarbiausiu klausymu — vokiečių rasės gryninimu. Šito siekiant, reikią nepamiršti autoritetu žydų gydytojų: Ehrlich, Neiser, Wassermann, Minkowsky, kurių nuopelnas esąs neabejotinas, bet šitie vyrai dirbę susiję su vokiečių rase ir todėl jų veikimo būdas buvęs kaip tikrų vokiečių.

× **„Vaikų gydymo aktualieji klausymai“**, šitaip pavadinti tarptautiniai gydytojų tobulinamieji kursai, kurie bus 1933 m. liepos mėn. 9—15 d. Berlyne. Mokesčio už kursus nustatyta 40 markių. Reikalais kreiptis į: Dozentenvereinigung für ärtzliche Fortbildung, Berlin NW, 7, Robert Koch- Platz 7 (Kaiserin Friedrich- Haus).

× **Vokiečių med. gydytojų ir dantų gydytojų sąjunga** įsikūrė neseniai Berlyne. Pirmininkais išrinkti dr. Beckmann, Berlyno gydytojų rūmų pirmininkas, ir prof. dr. Axhausen.

× **Kauno gydytojai žydai** priėmė savo neseniai įvykusiame susirinkime griežtą rezoliuciją prieš žydų, ypatingai žydų gydytoju persekiojimą Vokietijoje. Rezoliucijoje nurodoma, kad gydytojai žydai davę pasauliui garsenybių, kaip antai: Traube, Senator, Konheim, Ehrlich, Wassermann, Minkowsky, Neiser ir kt. Kauno gydytojai žydai kiek galėdami padėsią Vokietijoj skriaudžiamiems gydytojams žydams.

× **Francūzijos gydytojų rezoliucija prieš gydytojų žydų persekiojimą.** Grupė žymių Francūzijos gydytojų paskelbė savo protestą prieš gydytojų žydų persekiojimą Vokietijoj.

To paties tikslo rezoliuciją paskelbė ir rusų gydytojų draugija Francūzijoj.

× **A. Hitler'io planas vokiečių rasei gryninti.** A. Hitleris Vokietijos gydytojų organizacijų komisarui Wagner'iui išdėstė savo pažiūras apie „rasės hygijenos uždavinius“. Šitam tikslui reikią apsivalyti Vokietijos kultūriniame ir dvasiniame gyvenime nuo žydų inteligentų. Šitai pavyzdžiu esanti Amerika, nes imigracijos suvaržymas turįs tikslą apsaugoti amerikiečių rasę. Vokietijos gydytojai turį daryti moksliškus tyrinėjimus šitoj srityj.

× **Procentinės normos gydytojams žydams Vokietijoj kol kas nebūsią.** Taip pareiškęs Prūsijos švietimo ministeris gydytojų sąjungos pirmininkui, nes šitas klausymas reikiąs dar smulkiai apsvarstyti.

× **Milžiniškas rentgeno aparatas.** Chicagos Mercy ligoninėje yra rentgeno aparatas, kurs dirba su 800—1000 kilovatų. Transformatorius tiekia 1.200.000 voltų.

× **Francūzijoj gimimų skaičius didėja.** Francūzijoj 1931 metais buvo 49.539 gimimai, o 1932 metais — 61.364.

× **Iš 1000 gimimų pavainikių 1932 metais buvo:** Graikijoje 14, Kanadoje 35, Belgijoje 40, Anglijoje ir Australijoje 46, Italijoje 49, Japonijoje 66, Norvegijoje 71, Francūzijoje 84, Danijoje ir Čekoslovakijoje 107, Vokietijoje 121, Švedijoje 161, Urugvajuje 279, Jamaikoje 715.

× **Premija už mokslo darbą.** VI-jo socijalinės medicinos kongreso Genfe (1932 m.) komitetas yra paskyręs 1000 Šveicarijos frankų premiją už mokslo darbą tema „Bedeutung und Bewertung der Folgen von Arbeitsunfällen“ („Dirbant nelaimingų atsitikimų išdavų reikšmė ir vertė“). Visų šalių gydytojai gali dalyvauti konkurse. Vokiečių, anglų, italų arba francūzų kalba parašytas darbas reikalinga iki 1934 m. gruodžio m. 31 d. nusiųsti kongreso generaliniam sekretoriui Genfoje.

× **Paskaitos med. gydytojams.** Š. m. gegužės mėnesyje Kaune bus dvi paskaitos medicinos gydytojams:

1) M-me dr. Noöl (iš Paryžiaus) skaitys paskaitą šia tema: „Dabartinė estetinės chirurgijos būtis ir jos socijalinė reikšmė“.

2) Prof. Freid'o (iš Vienos) asistentas skaitys paskaitą apie psychoanalizę.

Paskaitų laikas ir vieta bus pranešta visiems med. gydytojams.

× **Nusižengimai seruminiame institute Italijoje.** Neseniai Neapolyje didelę sensaciją sukėlė italų seruminės terapeutikos instituto direktoriaus ir kitų žymesnių tarnautojų suėmimas. Pats institutas italų vidaus reikalų ministerio įsakymu už jo vadovybės kriminalinį apsileidimą uždarytas. Institutas buvo pagaminęs skiepų nuo difterito, bet taip nerūpestingai, kad daug vaikų įvairiose Italijos vietose buvo suparalyžiuota. 10 iš suparalyžiuotųjų vaikų jau mirė. Manoma, kad instituto vadovybė bus smarkiai nubausta.

LIGONIŲ KASŲ REIKALAIS.

× **Vyriausiosios socijalinio draudimo valdybos įstatymas** neseniai ministerių kabineto pakeistas ta prasme, kad vyr. socijalinio draudimo valdybą sudaro: a) du vid. reik. ministerio skirtu atstovu, kartu vienas skiriamas pirmininku, b) du socijalinio draudimo kasų narių atstovu ir c) du atstovu darbdavių, dalyvaujančių socijalinio draudimo kasose.

Visus atstovus kviečia vidaus reikalų ministeris. Vyr. soc. draud. valdybos nutarimai gali būti apskundžiami vyr. tribunolui per mėn. laiko nutarimą paskelbus.

× **Visoje Lietuvoje 1932 metais buvo 49.096 ligonių kasų nariai** (1931 m. — 38.804), iš kurių 17.954 moterys.

1932 m. Alytaus ligonių kasa turėjo 1.234 narius, Kauno miesto — 17.619, Kauno apskr. — 2.766, Marijampolės — 2.127, Panevėžio — 3.859, Šiaulių — 4.927, Tauragės — 2.798, Telšių — 2.832, Vilkaviškio — 1.801 ir Ukmergės — 2.133.

× **Kauno m. ligonių kasa** nuo šių metų pradžios pradėjo **mažint šitos kasos medicinos gydytojų atlyginimą.** Iki 1933 metų med. gydytojai už kasos ligonių ambalatorinį gydymą gaudavo 18% nuo darbdavių ir darbininkų įnašų. Nuo 1933. I. 1 d. iš tų 18% apmokamos išlaidos laboratoriniams tyrimams ir kasos centrams, ir tuo būdu gydytojų atlyginimas už ambulatorinį gydymą sumažintas arti pusantro procento. Nuo gegužė-mėn. 1 d okulistai, otorinologai ir venerologai už savo darbą (ambulatorinį gydymą ir specijalius veiksmus) gaus fiksuotą atlyginimą, kuris tačias bus apie 20% mažesnis, negu iki šiol jie užsidirbdavo per pirmutiniu keturis šių metų mėnesius.

× **Konfliktas tarp Vilkaviškio apygardos ligonių kasos ir med. gydytojų** jau yra likviduotas tuo būdu, kad gydytojai galų gale sutiko pasirašyti individualias sutartis su Vilkaviškio apygardos ligonių kasa. Vadinasi, gydytojai visiškai pralaimėjo.

× **D-rui E. Račkauskui,** kuris Vilkaviškio komendanto nutarimu už pažymėtus nutarime 9 nr. nusikaltimus (žiūr. žemiau dedamą nutarimo 9 nr. nuorašą) buvo išsiunčiamas pusei metų į Saločių m., Biržų apskr., nutarimas pakeistas 3000 litų piniginė bauda.

Nuorašas.

NUTARIMAS 9 Nr.

Vilkaviškis, 1933 metų balandžio mėn. 2 dieną.

Aš, Vilkaviškio apskrities karo komendantas pulkininkas leitenantas Matulionis Vincas, peržiūrėjau prisiųstą Kriminalinės Policijos Valdybos raštu 6576 Nr. iš š. m. kovo mėn. 22 dienos (gaun. 2017 nr.) bylą, apie medicinos gydytoją Enochą Račkauską, kaltinamą kurstyme Vilkaviškio, Šakių, Šiaulių ir Kauno medicinos gydytojų, streikuoti ir nepriiminėti

ligonių kasos sergančių narių, radau kaltu tuo, kad medicinos gydytojas Enochas Račkauskas, būdamas Vilkaviškio apygardos medicinos gydytojų draugijos valdybos vice-pirmininkas ir deryboms su ligonių kasos atstovais vesti narys, nepranešęs gydytojų draugijos ir deryboms vesti komisijos pirmininkui ir nariams; neturėdamas atskirų įgaliavimų ir sutikimų, pats savarankiškai parašė, davė spausdinti ir išsiųsti Vilkaviškio, Šakių, Šiaulių ir Kauno apskričių ir miestų gydytojams kurstančio pobūdžio pranešimus ir atsišaukimus; ragino medicinos gydytojus streikuoti, su ligonių kasos valdyba nedaryti individualių sutarčių, nepriiminėti ligonių kasos sergančius narius; ragino medicinos gydytojus būti negailestingais atsilankiusių ligonių link, nesivaržyti kainomis rašant receptus, pradėtą ligonių gydymą nutraukti. Turėdamas galvoje, kad tokiu darbu medicinos gydytojas Enochas Račkauskas sąmoningai norėjo pakenkti ir kenkia visuomenės tvarkai ir rimčiai, nutariau: Ypatingų Valstybės Apsaugos Įstatų 8 § pasiremiant, medicinos gydytoją Enochą Račkauską ištremti į Biržų apskritį, Saločių miestelį šešių (6) mėn. laikui. Asmeniškiems reikalams sutvarkyti, duoti medic. gyd. Račkauskui 10 dienų laiko nuo šios nutarimo paskelbimo dienos, po ko nutarimą neatidėliojant vykdyti.

Nuorašus šio nutarimo pasiųsti: 1) Vilkaviškio policijos vadui išpildyti ir paskelbti medic. gyd. Račkauskui, 2) Krašto Apsaugos Ministeriui sulig Ypat. Valst. Apsaug. Įstat. 17 § 3/11-os Pėstininkų D-jos Vadui ir 4) Biržų apskrities Komendantui.

(Originale pasirašiau ir nuorašas su originalu sutinka)

(pas) pulkininkas leitenantas Matulionis
karo komendantas.

MED. GYDYTOJŲ REIKALAIS.

× **Reikalingi gydytojai:**

1) **Kurkliuose**, Ukmergės apskr. Teirautis pas vietinį vaistininką M. Lopertą.

2) **Reikalingas gydytojas** komanijonas — vedėjas, turįs 30—40 tūkstančių litų gydymo įstaigai, ir **parduodamas** miesto centre mūrinis namas su sklypu, daktaro kabinetas su rentgeno bei kitais įrengimais ir su didele praktika Teirautis: Ožeškienės g. 25, bt. 1, 15—17 val.

× **Vidutiniškų išlaidų normos**, paskelbtos „Medicinos" 1933 m. 1 num. (60 pusl.), gali būti panaudojamos tik tais atvejais (76 str.), kai užsiimantis savarankišku darbu mokesčio mokėtojas nevedė dienyno (55 str.), arba neturi pakankamai įrodymų savo profesijos išlaidoms (10 ir 11 str.) pateisinti, arba kai yra negalima nustatyti, kuri išlaidų dalis yra būtinai reikalinga (10 ir 11 str.).

Vidutiniškų išlaidų normos turi būti mažesnės už tikras profesijos išlaidas, kad jos neskatintų darbo mokesčio mokėtojo nevesti savo pajamų ir išlaidų dienyno.

Nustatytosios vidutiniškų išlaidų normos toli gražu nėra tobulos. Praėjus metams, jos bus dar kartą peržiūrimos ir taisomos atsižvelgiant į įsigytą prityrimą.

× **Panevėžio gydytojų draugija** prašo įdėti „Medicinoje" šį skelbimą:

„Gydytojai, nori apsigyventi Panevėžio ar Rokiškio apskrityse, gali kreiptis informacijų tikslu ne tik į Panevėžio apygardos lietuvių gydytojų draugiją, kaip paskelbta 1933 m. „Medicinos" 3 num., bet ir į seniai veikiančią Panevėžio gydytojų draugiją šiuo adresu: „D-ras A. Domaševičius, Panevėžys, Marijos g. 27. **Valdyba".**

× **Kiek Kauno med. gydytojai sumokėjo darbo pajamų mokesčio?** Kauno med. gydytojai už 1932 metų antrąjį pusmetį sumokėjo apie 9.000 litų darbo pajamų mokesčio; mokestį mokėjo 74 med. gydytojai.

× **Berlyne dabar yra 6.785 aprobuoti gydytojai,** iš kurių 720 yra moterų (jų 1930 m. buvo 621).

1913 m. Vokietijoj buvo iš viso 900 studenčių medikių, o 1932 m. — 4.919.

× **Med. gydytojų skaičius Vokietijoj** 1932 m. buvo 52.518, iš kurių 3.405 moterys.

× **Šimtametis gydytojas.** Karo gydytojui dr. S. Mantanari Parmoje 1933 m. kovo mėn. pradžioje sukako 100 metų.

Pabėgusiu iš Vokietijos du gydytoju žydu, prof. Barschad ir prof. Kon, apsigyvenę Klaipėdoje. Vokietijos žydas prof. Ioachim per Latviją išvažiavęs į Estiją.

× **Prof. B. Zondek apsigyvensiąs Švedijoj.** Nobelio premijos laureatas Švedijos prof. Euler kviečiąs jį paskaityti ciklui paskaitų. Švedų laikraščiai rašą, kad esą svarstoma, kad prof. B. Zondek pasiliktų moksliškam darbui Švedijoj.

× **Gyd. N. Gildienė, Ryan'o ligoninės (Kaune, Šančiuose) vedėja,** nuo vietos atleista; jos vietoj paskirtas gyd. Alb. Milvidas.

× **Vokietijoj svetimtaučiams gydytojams nebeleidžiama praktikuoti, nors jie ir būtų baigę mokslą Vokietijoj.** Prūsijos vidaus reikalų ministeris Goering išleido įsakymą, kad svetimtaučiams gydytojams nebebūtų duodamos praktikos teisės, nors jie ir būtų baigę mokslus Vokietijoje.

× **Pavaduoti gydytoją Kaune** dabar ar vasaros metu sutinka gydytojas su prakt. teise ir su stažu. Pranešti: Centrinio Pašto dėžutė Nr. 39 „daktarui".

MEDICINOS FELČERIŲ IR AKUŠERIŲ REIKALAIS.

× **L. medicinos felčerių sąjungos ir jos akušerių sekcijos narių 1933 metų visuotinis susirinkimas** bus š. m. liepos 23 d., sekmadienį, 14 valandą, Šaulių Sąjungos salėje (Laisvės Al. Nr. 20, Kaune).

DARBŲ TVARKA:

1. Susirinkimo pradėjimas ir prezidijumo rinkimai.
2. Valdybos ir revizijos komisijos pranešimai.
3. 1932 metų pinigų balanso tvirtinimas ir 1933 m. sąmatos projekto priėmimas.
4. Valdybos ir revizijos komisijos rinkimai.
5. Pabaltijos valstybių felčerių Sąjungos klausymas.
6. Sumanymai ir einamieji reikalai.
7. Susirinkimo baigimas.

Nesusirinkus reikalingam narių skaičiui, tą pačią dieną 15 val. šaukiamas antras susirinkimas, kuris bus teisėtas, nežiūrint atvykusių narių skaičiaus.

× **Suvalstybinta akušerių mokykla.** Neseniai išėjusiame „Vyriausybės Žinių" 407 num. paskelbtas akušerių mokyklos statutas ir akušerių praktikos taisyklės.

Pagal naująjį pakeistą akušerių ir gailestingųjų seserų mokyklų įstatymą akušerijos kursai prie Raudonojo Kryžiaus draugijos ligoninės pertvarkomi į **valstybinę akušerių mokyklą.** Akušerių mokyklos vedėją skiria vidaus reikalų ministeris.

Valstybinės akušerių mokyklos mokinėmis gali būti mergaitės ir moterys, baigusios ne mažiau kaip šešias valstybinės gimnazijos ar tolygios mokyklos klases, sveikos, turinčios ne mažiau kaip 20 ir ne daugiau kaip 30 metų amžiaus, savo kūno ir dvasios privalumais tinkamos akušerės darbui. Mokines į mokyklą priima mokyklos vedėjas.

Gailestingosios seserys, išėjusios Raudonojo Kryžiaus draugijos gailestingųjų seserų dvejų metų kursą arba išlaikiusios juose egzaminus, priimamos į antrąjį mokyklos kursą.

Mokinės už mokslą moka po 50 litų už pusmetį; mokestis negali būti grąžintas.

Mokyklos vedėjui tarpinink aujant, Sveikatos departamentas gali neturtingas mokines atleisti nuo m okesčio už mokslą, bet ne daugiau kaip 20% mokinių skaičiaus.

Stojančios į mokyklą prie prašymo mokyklos vedėjui dar prideda 1) gimimo metrikus arba notaro patvirtintą jų nuorašą, 2) gydytojo liudijimą apie sveikatos ir raupų įskiepijimą, 3) mokyklos pažymėjimą apie išeitą mokslą, 4) dvi fotografijas ir 5) curriculum vitae.

Valstybinėje akušerių mokykloje mokslas skirstomas į du kursu ir trunka dvejus metus. Dėstoma: anatomija ir fyzijologija, bakterijologija, aseptika ir antiseptika, ligonių slaugymas ir socijalinė globa, patologijos pagrindai, apkrečiamos ligos, trumpos žinios apie vaistus.

Baigiamuosius egzaminus laikyti ir akušėrės pažymėjimą gauti gali baigusios mokslą užsienių mokyklose bei kursuose, jei tų mokyklų ar kursų programa ne siauresnė kaip Lietuvos valstybinės akušerių mokyklos, jei kandidatės atitinka aukščiau išdėstytus reikalavimus ir yra išlaikusios egzaminą iš lietuvių kalbos už keturias gimnazijos klases. Tokios kandidatės už teisę egzaminuotis moka po 50 lt. („L. Aidas").

× **Akušerių praktikos nuostatai.** Vidaus reikalų ministeris neseniai patvirtino akušerių praktikos taisykles: 1) leidimą užsiimti akušerijos praktika išduoda Sv. departamentas, 2) apskrities arba miesto gydytojas prižiūri akušerių veikimą, 3) akušerės, persikeldamos į kitą vietą, turi apie tat pranešti apskrities arba miesto gydytojui, 4) akušerė negali atsisakyti teikti gimdymo pagelbos, gimdymui praėjus tik po 2 valandų tegali gimdyvę apleisti, 2) akušerėms ligų gydymu draudžiama užsiimti.

SVEIKATOS REIKALAIS.

× **Kauno m. sav-bės medicinos ir sanitarijos skyriaus įregistruota 1933 m. balandžio mėn. susirgimų infekcinėmis ligomis:** vidurių šiltine 9, skarlatina 22, difteritu 5, dėmėtąją šiltine 2, meningitu 1; ligoninėn išvežta 15.

× **Kova su tuberkulioze Lietuvoje.** Tiek kiti kraštai, tiek ir Lietuva neturi tikrų statistikos žinių apie susirgimus tuberkulioze. Lietuvoje miršta nuo tuberkuliozės per metus apie 3.000 žmonių. Spėjama, kad vienam mirimui nuo džiovos tenka apie 10 sergančių džiova. Galima manyti, kad Lietuvoje yra apie 30.000 sergančių tuberkulioze, iš jų 15.000—20.000 ligonių skleidžia tuberkuliozę.

Miestuose pakanka vieno dispanserio 100.000 gyventojų, o kaimuose 20.000—50.000 gyventojų reikalingas vienas dispanseris, nes kaimuose blogesnis susisiekimas.

Patariama ir patogu dispanseriai sujungti su kitokiais patarimų punktais, būtent, patarimų venerikams, patarimų nėščioms ir kūdikius auginančioms moterims. Tokie jungtiniai punktai priimta vadinti „sveikatos centrais". Sveikatos centrai labiausiai tinka kaimams. Tarptautinė kaimo hygijenos konferencija, buvusi 1931 m., patarė sveikatos centrams pavesti šiuos darbus: 1) kovą su tuberkulioze, 2) kovą su venerinėmis ligomis, 3) motinystės globą, 4) vaikų globą, 5) hygijenos propagandą.

Ligoninėse ir sanatorijose turi būti iš viso tiek lovų tuberkuliozininkams, kiek jų per metus miršta.

Lietuvoje tėra tik 7 dispanseriai, kuriems labiau tiktų ambulatorijų vardas, nes juose ir gydomi ligoniai. Tokių dispanserių su rentgenu ir su laboratorija Lietuva dar neturi. Ligoninių (sanatorijų) tėra tik ketu-

rios su 300 lovų, o turėtų būti pagal vakarų Europos normas apie 3.000 lovų. Apytikriomis žiniomis Lietuvoje tuberkuliozininkų yra didesnis procentas kaip vakarų Europos kraštuose.

Vakarų Europos normomis Lietuva turėtų išleisti kovai su tuberkulioze per metus apie 5 milijonus litų ir kas metai turėtų steigti po keletą naujų dispanserių ir ligoninių. („Savivaldybė" 1933 m., Nr. 4, 6—7 p.).

× **Sterilizavimo įstatymo projektas.** Prūsijos sveikatos taryba pagamino eugenikos tikslui sterilizavimo įstatymo projektą. Reicho finansų, ūkio, darbo, teisingumo ministerijos šitam projektui pritariančios.

× **Kiek pernai gydėsi K. M. S. centrinėje ir 4 rajoninėse ambulatorijose žmonių.** Centrinėje K. M. S. ambulatorijos akių skyriuje apsilankė 7.829 (6.564), — skliauteliuose 1931 m. duomenys, — ausų, nosies, gerklės skyriuje 1.909 (2.044); dantų kabinete 3.353 (3.478).

Keturiose rajoninėse ambulatorijose atsilankė naujų ligonių 12.173 (10.374); visų apsilankymų 49.044 (39.804); tvarstymų, taurių statymų, injekcijų, cheminių tyrimų, kitų smulkių gydymo ir dijagnostikos veiksmų ambulatorijose buvo atlikta 13.566 (12.067) ir apsilankymų medicinos personalo butuose 3.177 (2.441).

Visose penkiose K. M. S. ambulatorijose atsilankė 62.135 (51.890) žmonių.

× **Priėmė Klaipėdos ligoninę.** Balandžio mėn. 19 d. Lietuvos Raudonojo kryžiaus delegacija iš dr. Petriko, inž. Novickio, inž. Birulio, inž. Steikūno ir dr. Ciplijausko priėmė Klaipėdos Raudonojo Kryžiaus ligoninę.

Ligoninėje yra trys skyriai: chirurgijos, gynekologijos akušerijos ir vidaus ligų. Operacinė, gynekologijos kabinetas, rentgeno kab., virtuvė įrengti sulig paskutiniosios technikos.

Numatoma, kad ligonių priiminėjimas prasidės nuo gegužės m. 15 d.

× **Skaudvilės valsč. varguomenė gydoma dovanai.** 1932 mt. gruodžio mėn. Skaudvilės valsčiaus taryba nustatė gydytojui kas mėnuo mokėti subsidiją 100 litų, kad sutiktų Skaudvilėje apsigyventi.

Valsčiaus viršaitis Norvila š. m. kovo mėn. susitarė su gyd. Paulausku. Be to, gyd. Paulauskas už skirtą subsidiją teiks **nemokamai medicinos pagelbą šito valsčiaus varguomenei.**

× **Vidaus reikalų ministerija pasiūlė ministerių kabinetui kurortais Lietuvoj vadinti 11 vietų.** Išleidus kurortų įstatymą, kurorto vardą ir teises kuriai-nors vietai gali suteikti tiktai ministerių kabinetas, vidaus reikalų ministeriui pasiūlius. Dar šių metų pradžioj vidaus reikalų ministerija paklausė savivaldybes, kurias vietas jos norėtų pavadinti kurortais. Savivaldybės savo atsakymus jau atsiuntė, savivaldybių departamentas padarė visų vietų, prašomų pavadinti kurortais, sąrašą ir patiekė vidaus reikalų ministerijos tarybai svarstyti. Neseniai šitas klausymas ministerijos taryboje ir buvo apsvarstytas. Tarybos nutarimu, vidaus reikalų ministerija prašo ministerių kabinetą kurortais pavadinti iš viso vienuolika vietų. Be Palangos ir Birštono kurortų, kurortais vidaus reikalų ministerija prašo pavadinti Smardonę (Biržų apskr.), kur yra du garsūs sieros šaltiniai. Smardonės šaltinių vanduo žmonėms gydyti jau vartojami nuo labai senų laikų. Iš surastų dokumentų matyti, kad jau 1587 metais Smardonės šaltiniai buvo plačiai žinomi. Prieš karą buvo mėginta Smardonėj įrengti geras kurortas, bet karas viską sunaikino. Šiuo metu daromos pastangos šitą kurortą vėl atstatyti. Pernai jame gydėsi 26 žmonės. Be to, kurortais siūloma pavadinti Zarasus, A. Panemunę, Kulautuvą, Kačerginę, Lampėdžius (II Veršvus), Berčiūnus (apie 8 klm. nuo Panevėžio), Pivoniją (ties Ukmerge) ir Anykščius.

(„L. Aidas").

× **Oro permainų įtaka žmonių gyvenimui ir sveikatai.** Vienos Berlyno klinikos vedėjas dr. J a k o b s padarė įdomių tyrimų apie oro permainų santykį su žmogaus sveikatos būklės kitėjimais.

Įdomi oro permainų įtaka gimimų skaičiui. Kiekvienai atmosferiškai bangai (oro slėgimo ir temperatūros) atitinkanti gimimų banga, būtent, temperatūrai šylant gimimų banga kyla, gi temperatūrai atšąlant, gimimų banga staiga krintanti Temperatūrai krintant ir gimimų kritimo fazėms paraleliai einą ir nėščiųjų mešlungiški skausmai, eklampsija. Temperatūros bangų skalę, panašiai kaip gimimų skalę, sekanti ir mirimų skalė.

Temperatūros permainos veikiančios ne tik kaip ligų faktoriai, bet ir kaip tūlų įvykių organizmuose faktoriai. Žmonės su palinkimais į kraujoslėgį ypatingai tokį slėgimą jaučiančios staigių oro permainų dienomis. Kaikuriomis dienomis galima buvę sekti, kaip toli vykstančios oro permainos veikiančios organizmus.

„Polinio" arba „rytinio-kontinentinio" oro masės veikiančios kraujoslėgio pakilimą, gi „šiltesnio atlantinio arba tropiškojo" oro srovių parėjimas mažinąs kraujoslėgį.

Organizmo veikimo faktoriai, atrodo, glūdį elektriniuose pasikeitimuose.

× **Šiaulių apskr. sav-bė statysianti venerinių ligų ambulatorijas** Radviliškyj, Joniškyj, Kuršėnuose ir kituose didesniuose miesteliuose.

× **Apendicito priežastys.** Prof. S p e r k Austrijos gydytojų draugijos susirinkime pranešė, kad apendicito priežastis esanti mėsa. Kaimiečiai mažiau valgydami mėsos rečiau sergą apendicitu. Didž. karo metu, kai buvę mažiau vartojama mėsos kareivių apendicitų sumažėję 80%. Vegetariškos tautos (pav., kinai) nežiną apendicitų.

× **Naujas ėpilepsijos gydymo būdas.** 1933 m. kovo mėn. „Münchener Med. Nachrichten" žurnale yra d-rų R o m a n'o, G r o th'o ir B o r i s'o J e g o r o v'o straipsnis, kuriame nurodoma nauja metodė ėpilepsijai gydyti. Jie šitam reikalui vartoją dijatermiją (didelio tankumo srovę), kuri audiniuose sužadinanti šilimos efektą. Jie elekrodus pridedą iš abiejų kaklo pusių prie kaklo sympatinių nervų ganglijų. Srovės jėgą leidžią 1—1½ amperų. Seansas trunkąs 30 minučių. Gydymo kursas susidedąs iš 20—30 seansų per dieną.

Tuo būdu jie jau išgydę 40 ligonių, sergančių ėpilepsija. Šituo būdu veikiant tam tikrus nervus esą galima gydyti ir kitos ligos. (Žiūr. „Medicinos" Nr. 3, 162 p.).

× **Tymų ėpidemija laive.** Viename japonų laive, plaukusiame į Braziliją, susirgę tymais 200 keleivių, iš kurių 50 jau mirę

× **Narkotikų ligoninė.** Šių metų gegužės mėnesį Svenckuose, netoli Gardino, žadama atidaryti specijali narkotikų ligoninė, kurios direktorium esąs paskirtas dr. Žajončkovski. Ligoninėj būsią 100 vietų morfinistams ir seniems alkoholikams, kurie būsią specijaliai gydomi nuo šitų įprastųjų blogumų.

× **Pradės veikti žydų ligoninė Telšiuose** jau nuo gegužės mėn. Ligoninė yra nuošaliai nuo miesto centro ir turės apie 15 lovų.

× **Atrastas naujas būdas įvairiems skrandžio negalavimams gydyti.** Vokiečių medicinos žurnale „Algemeine Medizinische Zentralzeitung" yra įdėtas prof. S c h w e i t z e r'io straipsnis, kuriame autorius išdėsto savo atradimą — blužnies ekstraktu skrandžio ligų gydymą.

Autorius įrodinėja, kad blužnies veikimas turįs įtaką rūgšties gaminimuisi skrandyje. Avies blužnies ekstraktas, įteiktas pro burną žmogui, greit sutvarkąs pakrikusį skrandžio rūgšties gaminimąsi, — visi ligos reiškiniai, susiję su perdideliu ar permažu rūgšties kiekio gaminimuisi skrandyje, palengva pranykstą.

Autoriaus nuomone, blužnies hormonai veikią nervus, kurie reguliuoją skrandžio rūgšties gaminimąsi.

Akc. B-vės „Varpas" spaustuvė, Kaunas, Gedimino g-vė 38 Nr.